UNIVERSITE PAUL SABATIER - TOULOUSE

U. E. R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 1971 N° 169

LA GROSSESSE ABDOMINALE

A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1971

PAR

Mohamed Moncef SAYADI

Membres du Jury :

MM.	POULHES	*Président*
	PONTONNIER	
	DALOUS	*Assesseurs*
	MONROZIES	
	ESPAGNO	*Suppléant*

1 9 7 1

IMPRIMERIE « LA TYPO-LINO »
14, Rue Cujas, 14
TOULOUSE

UNIVERSITE PAUL SABATIER - TOULOUSE

U. E. R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 1971 N° 169

LA GROSSESSE ABDOMINALE

A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1971

PAR

Mohamed Moncef SAYADI

Membres du Jury :

MM. POULHES	*Président*
PONTONNIER	
DALOUS	*Assesseurs*
MONROZIES	
ESPAGNO	*Suppléant*

1 9 7 1

IMPRIMERIE « LA TYPO-LINO »
14, Rue Cujas, 14
TOULOUSE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1e Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN
3e Vice-Président	M. MOUNIQ
Secrétaire Général	M. PRINEAU J.P.

TABLEAU DU PERSONNEL UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences-Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

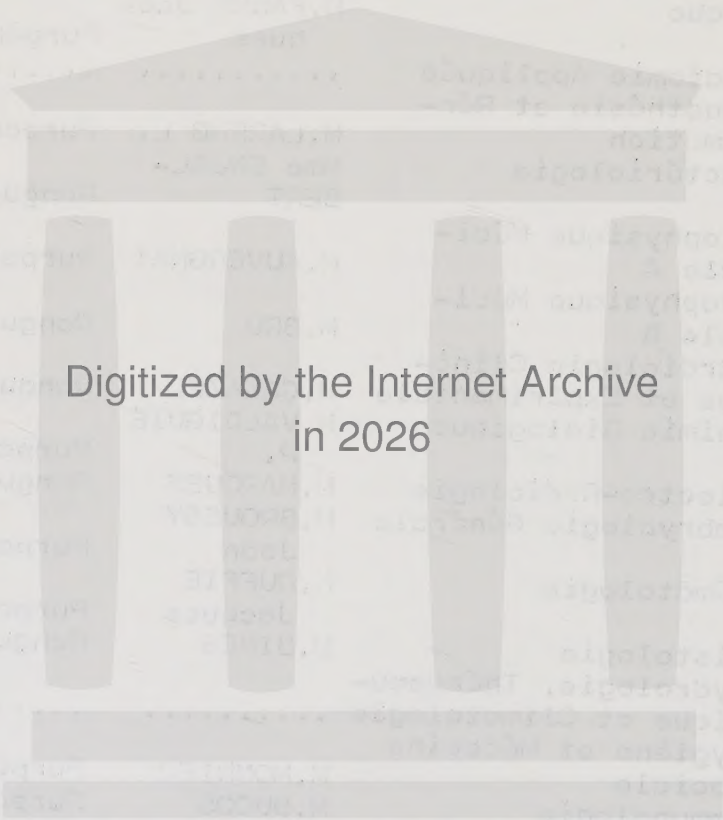
HONORARIAT

Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M.DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M.GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M.FICAT	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M.POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M.GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale infantile et Orthopédie	M.PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	M.RIEUNAU	Purpan
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M.ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M.BAZEX	Purpan
Clinique des maladies des voies urinaires	M.LHEZ	Purpan
Clinique des maladies Infectieuses	M.ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture	M.SOREL	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M.BARDIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M.LAZORTHES	G.Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M.GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M.PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M.CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M.DEODATI	Rangueil

Clinique O.R.L.et Chirurgie Maxillo-faciale	M.CALVET	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M.DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M.RUFFIE René	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M.MONROZIES	Purpan
Anatomie	M.BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M.FABRE Jacques	Purpan
Anatomie Appliquée	.....	.....
Anesthésie et Réanimation	M.LARENG L.	Purpan
Bactériologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M.AUVERGNAT	Purpan
Byophysique Médicale B	M.BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M.CALAZEL	Rangueil
Chimie Biologique	M.VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie	M.MARQUES	Rangueil
Embryologie Générale	M.BROUSSY Jean	Purpan
Hématologie	M.RUFFIE Jacques	Purpan
Histologie	M.BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	.....	.....
Hygiène et Médecine Sociale	M.MONNIER	Purpan
Immunologie	M.DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M.PLANQUES	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M.DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M.SENDRAIL	Purpan



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536520_0040

Pathologie Médicale	M.RIBAUT	Purpan
Physiologie	M.LAPORTE Yves	Rangueil
Physiologie Appliquées et Pharmacologie	M.BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale	M.LAPORTE Jacques	Purpan
Thérapeutique	M.DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie	M.GUILHEM	Rangueil
Anatomie Pathologique	M.BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M.DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Histologie et Embryologie	M.PLANEL	Purpan
Oto-Rhino-Laryngologie	M.CLAUX	Rangueil
Chirurgie Générale	M.GEDEON	Rangueil
Pathologie Médicale	M.BOULARD	Purpan
Physiologie	M.MONTASTRUC	Rangueil
Physiologie	M.BESSOU	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M.MIGUERES	Rangueil
Médecine Générale	M.RASCOL	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M.FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG N.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M.VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M.ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale	M.SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M.ESCHAPASSE	Purpan
Electro-Radiologie	M.PONS	Purpan
Electro-Radiologie	M.ROULLEAU	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M.BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale	M.ARLET	Rangueil
Pédiatrie	M.DALOUS	Purpan
Neuro-Chirurgie	M.ESPAGNO Jacques	Purpan
Psychiatrie	M.GAYRAL	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M.SUC	Rangueil
Pédiatrie	M.REGNIER	Purpan
Médecine Générale	M.RIBET	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	M.JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anésthésiologie	M.VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M.REGIS	Rangueil
Biophysique	M.GUIRAUD R.	Purpan
Cardiologie	M.BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M.ESCAT Jean	Rangueil
Chirurgie Générale	M.COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M.PUEL	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie	M.DUPRE	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M.PONTONNIER Georges	Rangueil
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M.SOLEILHAVOUP	Purpan
Immunologie, Hématologie, Maladies du sang	M.BIERME R.	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M.BES	Rangueil
Médecine Interne	M.FEDOUR	Purpan
Médecine Interne	M.LE TALLEC	Rangueil
Médecine-Légale	M.GREZES-RUEFF	Purpan
Médecine du Travail	M.PUJOL M.	Purpan
Nephrologie	M.CONTE Jean	Purpan
Neurochirurgie	M.LAZORTHES Y.	Rangueil
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique	M.UTHEZA Guy	Rangueil
Parasitologie	M.LARROUY	Purpan
Pédiatrie Générale Médicale	M.ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie	M.ALBAREDE J.L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M.JOVER	Rangueil
Physiologie	M.GERAL J.P	Rangueil
Physiologie	M.PAGES B.	Purpan

Radiologie	M.COMBES P.	Purpan
Rhumatologie	M.FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique	M.DENARD	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M.SALVADOR M.	Purpan
Urologie	M.PONTONNIER Francis	Purpan

AGREGES

Chirurgie Générale	M.GAUBERT	Purpan
Ophtalmologie	M.BEC	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M.SOUQUET	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M.DIEULAFE	Rangueil
Pathologie Expérimentale	M.GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M.ESPAGNO G.	Rangueil

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	M.LABOUCARIE	Purpan

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA SOEUR

A MON FRERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le professeur POULHES

Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique chirurgien des hôpitaux

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'enseignement que vous avez bien voulu nous prodiguer avec sollicitude.
Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude pour le grand honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le professeur PONTONNIER

Professeur de clinique obstetricale
Gynecologue accoucheur des hôpitaux

Nous sommes très honorés par votre présence dans notre jury de thèse.
C'est un plaisir pour nous de vous assurer, en cette occasion, de notre estime.

Monsieur Le Professeur DALOUS

Professeur de pédiatrie
Médecin des hôpitaux

Vous avez accepté avec bienveillance de juger notre travail.
Nous sommes très flattés par votre présence dans notre jury et nous vous exprimons toute notre considération.

Monsieur le professeur MONROZIES

Professeur d'accouchement et d'obstetricie sociale Gynecologue accoucheur des hôpitaux

Nous tenons à vous remercier pour votre enseignement.
Il nous est particulièrement agréable de vous compter parmi les membres de notre jury. C'est un honneur auquel nous sommes très sensibles.

Monsieur le professeur ESPAGNO

Professeur agrégé d'obstetrique

En témoignage de notre profond respect et en remerciement pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de siéger à notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE M. CHELLI

Gynecologue accoucheur de l'hôpital ch. Nicolle à Tunis

Nous avons eu le privilège de vous compter parmi nos maîtres.
Vous nous avez fait l'honneur de nous confier un poste d'interne dans votre service, ce qui nous a permis de nous initier à la gynécologie-obstetrique.
Nous avons été sensible à la confiance que vous nous avez témoignée, en nous accordant ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

AUX MEDECINS ASSISTANTS

du service gynecologie-obstetrique de l'hôpital Charles Nicolle.

Nous vous remercions d'avoir guidé et facilité nos premier pas en gynecologie-obstetrique.
Nous vous demandons de considérer ce travail comme une marque de reconnaissance.

A NOTRE AMI J. HOFF

interne des hôpitaux

que nous remercions pour sa fructueuse collaboration.
Vous nous avez montré en toutes circonstances, votre amabilité et votre sympathie.
Veuillez trouver ici l'expression de notre amitié.

LA GROSSESSE ABDOMINALE

A propos de quatre observations.

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE.

III - OBSERVATIONS

IV - DISCUSSION - CONFRONTATION DE NOS CONCLUSIONS AVEC CELLES DE LA LITTERATURE :

1 - Fréquence :
2 - Etiologie :
3 - Pathogenie :
- grossesse abdominale primitive
- grossesse abdominale secondaire
4 - Anatomie pathologique :
- utérus et annexes
- foetus et annexes
5 - clinique :
- symptomatologie évocatrice
- particularités semciologiques et évolutive
- examen clinique
6 - Diagnostic
- positif
- différentiel
7 - Conduite à tenir
- quand faut-il intervenir ?
- l'intervention chirurgicale et l'attitude à adopter vis à vis du placenta
8 - Pronostic
- maternel
- fetal

V - CONCLUSION

VI - BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION

La grossesse abdominale est une variété de grossesse extra-utérine dans laquelle l'implantation et le développement de l'oeuf ont lieu en partie, ou en totalité dans la cavité abdominale.

On peut les classer en deux grands groupes :

1°) La grossesse primitivement abdominale dans laquelle l'oeuf peut être fécondé dans la cavité péritonéale ou expulsé à l'intérieur de celle-ci quelques heures après la fécondation, avant toute nidation dans les voies génitales.

2°) La grossesse secondairement abdominale, dont il existe plusieurs variétés, et qui constitue la forme la plus fréquente.

Il nous a été donné d'observer récemment un nouveau cas de grossesse abdominale dans le service du professeur M. CHELLI, à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis.

A la lumière de cette observation il nous a paru intéressant de rechercher les autres cas opérés dans ce service depuis 1965.

Nous avons trouvé trois autres observations et nous avons voulu confronter nos conclusions avec celles des donnés de la littérature au cours de ces dernières années.

II - HISTORIQUE

Il semble que de toutes les grossesses ectopiques, la grossesse abdominale fut la première reconnue.

- Selon SCHUMAN, c'est dans l'encyclopédie "EL TASRIF" qu'un médecin de Cordoue, ALBUCASSIS, donna au 11è siècle la première description de la grossesse abdominale. Dans son observation, il rapporte qu'une femme eut au cours de sa première grossesse une rétention de foetus mort, la même éventualité advint pour sa seconde grossesse. Il y eut ensuite formation d'un abcès abdominal, qui en se rompant, livra passage à de nombreux petits os provenant des deux foetus. La femme guérit avec persistance de fistule abdominale.

- A la fin du 16è siècle dans le "Gynaecorium", SPRACH et STRASBOURY rapportent un certain nombre de cas de grossesses abdominales :

: D'après BAUHIN, la parotomie faite par le mari femme etenfant survécurent.

: CORDELUS cite le cas d'un lithokelipedion : femme morte à 71 ans dans le ventre de laquelle on retrouva un foetus pris dans une coque calcifiée depuis 31 ans.

: DONATUS rapporte qu'en 1540 en Italie, on procéda chez une femme à l'extraction du squelette d'un foetus logé dans la cavité abdominale.

: CORNAX pour sa part, en 1545 élargit une fistule ombilicale, pour retirer un foetus à demi putrefié.

: HORSITIUS, citait le cas d'une femme qui conservait depuis 14 ans l'enfant dans son ventre.

: C'est PRIMEROSE en 1594 qui rapporta la première intervention chirurgicale sur grossesse abdominale, par laparatomie. Il s'agissait d'une femme qui eut dans ses antécédents une première grossesse abdominale, s'étant fistulisée à la paroi. Elle eut une seconde grossesse identique

et cette fois ce fut le chirurgien NAIERUS qui procéda à l'extraction du foetus en élargissant cette fistule.

- RIOLAN en 1604 décrivait les symptômes de cette variété d'insertion quant à MAURICEAU en 1669 il avançait la possibilité de migration de l'oeuf vers l'un ou l'autre des deux orifices de la trompe.

- C'est DIONIS en 1719 à la suite de remarquables travaux, qui établit les divers facteurs étiopathogéniques des grossesses extra-utérines et par la même donna la première notion de grossesse abdominale secondaire.

- HOUSTON en 1723 rapporta le cas d'une grossesse abdominale à terme diagnostiquée chez une femme qui refusa l'intervention. Avec lui apparut la notion de grossesse abdominale à terme.

- LEVRET en 1766, mis l'accent sur la notion d'évolution et d'absence de déclenchement du travail. Il fut le premier à insister sur la difficulté de la conduite à tenir, et à redouter les complications thérapeutiques secondaires à l'insertion vicieuse du placenta.

- Depuis le XIXè siècle, vit naître des travaux importants en particulier ceux de WILLIAM CAMPBELL, de PARRY JOHN dans son traité de gynécologie, et de LAWSON TAIT. Ainsi dans ces traités de l'époque un certain nombre de questions concernant l'anatomie pathologique, la classification et le traitement de cette localisation ectopique furent abordées.

- Le XXè siècle pour sa part et particulièrement ces dernières décennies, virent paraître, comme en témoigne notre bibliographie, un grand nombre d'études et de relations de cas. En définitive la grossesse abdominale si rare soit elle n'en demeure pas moins une entité bien codifiée.

III - OBSERVATIONS

Il nous a été donné d'observer récemment un nouveau cas de grossesse abdominale.

Première observation :

Mme Aziza est admise le 8 octobre 1969 pour masse abdomino-pelvienne ; c'est une malade de 25 ans qui présente une stérilité primaire de 5 ans.

Elle a été hospitalisée il y a un an dans un établissement de la ville pour un syndrome pleuro-pulmonaire mal étiqueté.

Depuis trois mois, elle présente un syndrome fébrile avec baisse progressive de l'état général, et augmentation de volume de l'abdomen. Une aménorrhée accompagne ces troubles.

A l'admission l'état général est médiocre ; on est frappé par la pâleur et l'amaigrissement. La TA est à 9/6.

La température oscillant entre 38° et 39°.

La palpation abdominale note l'existence d'une masse hypogastrique de la taille d'une grosse tête foetale, rénittente fixée et douloureuse. L'examen gynécologique objective : un utérus de taille normale, en position intermédiaire. Le col est fermé.

Il existe une masse latéro-utérine gauche indépendante de l'utérus, se prolongeant dans le douglas.

On évoque le diagnostic de pyosalpinx tuberculeux ou tumeur de l'ovaire.

Un bilan pré-opératoire est demandé :

VS : $\frac{56}{100}$ NFS : GR - 1.600.000
GB - 5.400

RIG est négative.
Radio pulmonaire normale.

Sur le cliché de l'abdomen sans préparation, on a la surprise de découvrir un squelette foetal circonscrit par une coque calcifiée.

Le diagnostic de grossesse abdominale est alors porté ; après réanimation on intervient par médiane sous-ombilicale prolongée à gauche de l'ombilic.

A l'ouverture du péritoine, on découvre une masse de consistance irrégulière logée entre la face postérieure du ligament large et la face antérieure du mésosigmoïde.

Au cours des tentatives de mobilisation du sac, une brèche accidentelle livre passage à un écoulement putride. On évacue rapidement le contenu ovulaire formé d'os et de matières décomposées.

Au niveau de la face postérieure du sac, on découvre une brèche sigmoïdienne longue environ de deux centimètres. On résèque les parois du sac et on aveugle la fistule colique.

La toilette péritonéale permet de préciser l'état des organes génitaux :

- L'utérus, un peu augmenté de volume, est normal.
- A droite, les annexes sont indemnes.
- A gauche, la trompe semble déchiquetée et adhère avec l'ovaire à la paroi antérieure du sac.

On pratique une salpingectomie gauche.

Péritonisation, antibiotiques dans la cavité et fermeture en trois plans sur une lame dans le Douglas, sortant par une contre-incision latérale sus pubienne.

Les suites opératoires ont été simples, le transit s'est rétabli dans des délais normaux, l'absence d'écoulement a permis l'ablation du drain au 8è jour.

De nombreuses transfusions ont été nécessaires pour rétablir la masse sanguine ; l'amélioration de l'état général a été plus lente. La malade quittait le Service le 4 décembre 1969.

A la lueur de cette observation, il nous a paru intéressant de rechercher les autres cas de grossesses abdominales opérés dans le Service depuis 1965. Nous avons retrouvé trois autres observations et nous avons voulu confronter nos conclusions avec celles des données de la littérature au cours des dernières années.

Observation N°? -

Mme Chamika ... IVè pare âgée de 42 ans est admise le 16 Août 1965 avec le diagnostic de Tumeur abdominale.

Cette malade sans antécédent particulier se plaint depuis plusieurs mois de douleurs pelviennes sans trouble du transit, sans modification de l'état général. Elle dit ne plus être réglée depuis 8 mois. La palpation abdominale découvre dans la fosse iliaque une masse dure indolente non mobilisable.

Au toucher vaginal l'utérus en antéflexion apparaît de volume normal, le col est fermé. A droite on perçoit le pôle inférieur de cette masse, arrondie, séparée de l'utérus par un sillon.

Le diagnostic de hyste de l'ovaire inclus est porté, et un bilan pré-opératoire demandé.

On intervient le lendemain par médiane sous ombilicale. L'exploration abdominale montre un utérus de volume normal avec à droite une masse ovarienne du volume d'un gros pamplemousse, à gauche les annexes sont normales.

Extirpation de cette masse qui adhère à la trompe droite, au coecum et à l'épiploon.

Annexéotomie droite. Fermeture de la paroi en 3 plans. L'examen de la pièce après incision d'une coque épaisse calcifiée montre qu'il s'agit d'un foetus momifié de 5 mois ou plus.

Observation N° 3 -

Mme Gouta ... âgée de 32 ans est hospitalisée le 23 Février 1965 pour syndrome sub occlusif.

Dans ses antécédents on retient :

- un accouchement normal il y a 14 ans.

- Suivi d'une stérilité secondaire.

- Une kystectomie ovarienne gauche en 1962.

Le 15 janvier 1965 la malade est hospitalisée une première fois pour syndrome subocclusif, elle a présenté brutalement des douleurs abdominales très violentes avec vomissements et arrêt des matières et des gaz.

A l'examen, l'abdomen très douloureux dans son ensemble, est souple.

Au toucher vaginal l'utérus de volume normal est en position intermédiaire ; le col est fermé. Les culs de sac vaginaux sont souples. Le repos, l'aspiration gastrique et les antispasmodiques entraînent la sédation rapide de tous ces troubles la malade quitte le service le 20.2.65.

Elle est réadmise d'urgence le 23 février 1965 pour un syndrome indentique ; mais les douleurs sont plus vives et l'atteinte de l'état général plus marquée. La malade se plaint de Nausées, de douleurs abdominales et de brûlures à la miction. Elle est pâle, asthénique, ses conjonctives sont subictériques.

Annexéotomie droite. Fermeture de la paroi en 3 plans. L'examen de la pièce après incision d'une coque épaisse calcifiée montre qu'il s'agit d'un foetus momifié de 5 mois ou plus.

Observation N° 3 -

Mme Gouta ... âgée de 32 ans est hospitalisée le 23 Février 1965 pour syndrome sub occlusif.

Dans ses antécédents on retient :

- un accouchement normal il y a 14 ans.
- Suivi d'une stérilité secondaire.
- Une kystectomie ovarienne gauche en 1962.

Le 15 janvier 1965 la malade est hospitalisée une première fois pour syndrome subocclusif, elle a présenté brutalement des douleurs abdominales très violentes avec vomissements et arrêt des matières et des gaz.

A l'examen, l'abdomen très douloureux dans son ensemble, est souple.

Au toucher vaginal l'utérus de volume normal est en position intermédiaire ; le col est fermé. Les culs de sac vaginaux sont souples. Le repos, l'aspiration gastrique et les antispasmodiques entraînent la sédation rapide de tous ces troubles la malade quitte le service le 20.2.65.

Elle est réadmise d'urgence le 23 février 1965 pour un syndrome indentique ; mais les douleurs sont plus vives et l'atteinte de l'état général plus marquée. La malade se plaint de Nausées, de douleurs abdominales et de brûlures à la miction. Elle est pâle, asthénique, ses conjonctives sont subictériques.

Au palper, l'abdomen est très douloureux surtout dans la région para-ombilicale et la fosse iliaque droite ; le toucher vaginal très douloureux montre :

- un utérus de volume normal.
- le col long est fermé ;
- le cul de sac de douglas bombant est très sensible.

La ponction du douglas confirme l'existence d'un épenchement et précise sa nature hémorragique.

Après un groupage et une formule numération sanguine, demandés en urgence, on intervient par médiane sous ombilicale ; l'ouverture du péritoine livre passage à un flot de sang noirâtre. Après toilette rapide de la cavité, on découvre un utérus de volume normal indemne de toute lésion. A gauche les annexes sont saines ; à droite un placenta s'insère sur le pavillon de la trompe, le bas fond coecal et la dernière anse iléale.

On clampe la trompe droite : on résèque son tiers externe on désinsère facilement le placenta du coecum et de l'iléon.

Du placenta part un cordon relié à un foetus de 4 mois environ logé dans la fosse iliaque droite. Nettoyage de la cavité, antibiotiques, insitu, fermeture de la paroi en 3 plans ; les suites opératoires ont été simples.

Observation N° 4 -

Mme Alice .... âgée de 33 ans est admise le 9 avril 1965 pour dépassement de terme. Il s'agit d'une primipare sans antécédent particulier, si ce n'est une appendicectomie en 1961, et une stérilité primaire de 6 ans (il s'agit de la première grossesse alors que la malade est mariée depuis l'âge de 27 ans!).

Les dernières règles datent du 24 avril 1964. Durant le premier trimestre de sa grossesse, elle présente une exagération des signes sympathiques :

- altération de l'état général avec vomissements et vertiges, mais pas de douleurs pelviennes ni de métrorragies.

A partir du 4è mois la malade se plaint de douleurs abdomino-pelviennes et continue de vomir. Le reste de la grossesse est normal, les mouvements foetaux sont bien perçue.

En février 1965, c'est à dire à la fin du 9è mois, la malade présente brutalement des douleurs rythmées et quelques métrorragies évoquant un début de travail. Elle est admise à la maternité ; mais la cédation rapide des douleurs et l'absence de toute dilatation, font rejeter ce diagnostic et la malade sort.

Deux mois et demi plus tard, s'étonnant de n'avoir pas encore accouchée elle consulte son médecin qui décide l'hospitalisation.

A l'entrée l'état général est bon. La TA est à 12/7 ; la malade n'est pas fébrile ; la hauteur utérine est de 24 cm ; les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus ; la parturiente n'a pas de contractions utérines.

L'interrogatoire nous apprend que les mouvements foetaux ont cessé après la première hospitalisation.

Au toucher vaginal le col est long, et fermé, la présentation n'est pas atteinte ; on évoque la possibilité d'une présentation du siège. Les 14, 15, 16 Avril, on tente à plusieurs reprises un déclenchement du travail par sparteine, post-hypophyse, quinine, ces tentatives restent sans effet.

On met en place un faisceau de laminaires toujours sans succès. Le 21 Avril on décide d'intervenir par voie abdominale. A l'ouverture de la cavité on découvre l'oeuf logé dans le cul de sac de douglas recouvert par le mésosigmoïde .. Il s'agit donc d'une grossesse abdominale.

Extraction d'un foetus de sexe féminin pesant 1 Kg 800 mort né. L'extirpation du placenta est facile. Il se décolle en bloc et pèse 700gr.

Après toilette de la cavité on découvre un utérus de volume normal ; de la trompe gauche il ne reste que la moitié proximale ; l'ovaire est normal. A droite la trompe est rudimentaire il n'existe pas d'ovaire. Toilette de la cavité AB.

Fermeture de la cavité plan par plan.

IV - DISCUSSION - CONFRONTATION DE NOS CONCLUSIONS AVEC CELLES DE LA LITTERATURE -

1 - FREQUENCE -

Si la littérature actuelle, abonde en plublications;il est admis par tous les auteurs que la grossesse abdominale demeure une éventualité fort rare.

- le nombre de grossesses abdominales reconnues n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années.

: BLANC en 1930 relève un total de 321 grossesses abdominales dans une étude portant sur une période de 117 années.

: tandis que TE LINDE en 1962 estime à 300 la totalité des cas rapportés par la littérature mondiale.

: Mais c'est surtout FAUP qui a réuni le plus grand nombre de cas ; dans une revue de la littérature internationale de 1940 à 1961 il retrouve 535 observations ainsi réparties :

DE 1940 à 1950 : 140 - Avec des incidences
DE 1951 à 1961 : 390 moyennes :

- de 1946 à 1950 1 grossesse abdominale pour 12 025 accouchements.

- de 1956 à 1960 1 grossesse abdominale pour 3 581 acccuchements.

- Des statistiques récemment publiées par RENAUD et COLL, nous montre que la fréquence actuelle oscille entre 1 pour 3000 et 1 pour 15 000 accouchements. De 1965 à 1969 on compte à la maternité de l'hôpital Charles NICOLLE à TUNIS 28 888 accouchements, ce qui nous donne une fréquence de 1 sur 7 222, c'est-à-dire un chiffre moyen :

Auteurs	Année de publication	Années sur lesquelles porte l'étude	Nombre d'accouchements	Nombre de grossesses abdominales	Fréquence
BEECHAM	1962	1937 - 1962	219 164	65	1: 3371
CLARK et GUY	1966	1946- 1964	53 950	26	1: 2075
GROSS	1951		285 000	19	1:15000
EASTMANN et HELLMANN	1961				1:15000
FOSTER et MOORE	1967	1951- 1965	31 625	12	1: 1136
RENAUD	1969	1966 - 1968	22 228	8	1: 2792
TELinde	1953				1:15000
STATISTIQUE PERSONNELLE	1970	1965 - 1969	288 88	4	1: 7222

Tableau I : Fréquence des grossesses abdominales selon certains auteurs par rapport aux accouchements.

- La notion pathogénique la plus classique veut que dans la majorité des cas la grossesse abdominale soit secondaire. Ceci nous incite à penser que la fréquence des localisations abdominales est plus en rapport avec la fréquence des grossesses extra-utérines en général qu'avec celle des accouchements.

63 grossesses extra-utérines ont été opérées dans le même service durant la même période ce qui nous donne une localisation abdominale, pour 16 grossesses ectopiques : Tableau II

AUTEURS	Année de publication	Année sur laquelle porte l'étude	Nombre de grossesses extra-utérines	Nombre de grossesses abdominales	FREQUENCE
RENAUD	1969	1966-1968	216	8	1/ 27
HABER	1965				1/100
STATISTIQUE PERSONNELLE	1970	1965 - 1969	64	4	1/ 16

Tableau II : Fréquence des grossesses abdominales par rapport aux grossesses extra-utérines

2 - ETIOLOGIE -

De nombreux facteurs étiologiques ont été évoqués dans la génèse de cette localisation ectopique au demeurant fort rare.

- L'âge : l'âge de la mère paraît négligeable des âges moyens ont été calculés dans plusieurs statistiques ; ils ne permettent aucune conclusion. Dans notre série ils s'échelonnent entre 25 et 42 ans.

Tableau III : importance de l'âge.

AUTEURS	Année de Publication	Nombre de cas	Ages extremes
BERTRAND	1965	8	33 - 42 ans
RENAUD	1969	8	25 - 48 ans
Statistique Personnelle	1970	4	25 - 42 ans

- La parité : La parité moyenne a peu de valeur, comme en témoigne notre tableau N° IV.

Tableau IV - Parites et paritée moyenne.

AUTEURS	Nombre de cas	Répartition des Parites	Parité Moyenne
BEECHAM	20	1 pare... 8 2 pare... 6 3 pare... 1 4 pare... 2 5 pare... O 6 pare... 3	2,9
FOSTER. ET MOORE			2,2
MAC GREGOR	11	1 pare... 3 2 pare... 4 3 pare... 1 4 pare... 2 5 pare... 1 6 pare... O	2,4
RENAUD	8	1 pare... 2 2 pare... 1 3 pare... 1 4 pare... O 5 pare... 3 6 pare... 1	3,5
WARE		1 pare... 2 2 pare... 4 3 pare... 5 4 pare... 2 5 pare... O 6 pare... O	2,5
STATISTIQUE PERSONNELLE	4	1 pare... 2 2 pare... 1 3 pare... O 4 pare... 1 5 pare... O 6 pare... O	2

- Ce qui compte surtout c'est l'existence dans les antécédents de ces malades, d'une période de stérilité plus ou moins longue ; Tableau N° V.

Dans notre première observation une stérilité primaire de 6 ans précédait la localisation abdominale.

Dans l'observation N°3 une stérilité secondaire de 14 ans.

Dans l'observation N°4 une stérilité primaire de 5 ans.

Tableau N° V : antécédents de stérilité retrouvés selon certains auteurs.

AUTEURS	Nombre de cas	Nombre de stérilités	Période de stérilité
MAC GREGOR	11	9	de 3 à 10 ans
RENAUD	8	3	de 6 à 15 ans
YAHIA	8	5	de 6 à 13 ans
STATISTIQUE PERSONNELLE	4	3	de 5 à 14 ans

: Les antécédents d'avortements curretés ou non, ont été retenus avec autant d'intérêt. Sur 8 cas Renaud R. et Coll retrouvent 1 à 2 avortements dans les antécédents de 4 femmes. Yahia mentionne des avortements dans trois cas sur les 8 qu'il rapporte.

Pour GROSS et MAC CAIN 31,5% des grossesses abdominales avaient lieu à la suite d'avortements. Dans notre série aucune femme n'a présenté pré-

cédemment des accidents de ce genre.

: FOSTER et MOORE soulignant que parmis les 12 cas qu'ils rapportent 3 avaient déjà présenté une grossesse tubaire. Dans les 5 cas rapportés par FAUP il existait également une grossesse tubaire rompue.

Dans notre série nous n'avons pas retrouvé d'antécédents de grossesse extra-utérine ayant précédé la localisation abdominale.

La race : Le facteur racial mérite d'être retenu :

: Douglas et KOHN pensent que la grossesse abdominale est 16 fois plus fréquente dans la race noire que dans la race blanche.

: BEECHAM et COLL dans une série de 65 observations précisent qu'il s'agissait de 3 femmes blanches et de 62 de race noire.

: RENAUD et Coll arrivent à une fréquence de 1/2792, mais ils ne reçoivent dans leur service que des femmes de race noire.

: Dans notre série il ne s'agit que de femmes de race blanche.

Facteurs étiologiques :

Les facteurs qui peuvent contribuer à la formation d'une grossesse abdominale, sont certes difficiles à préciser. De nombreuses causes ont été évoquées de nombreux travaux leurs ont été consacrés.

L'étiologie de la grossesse abdominale tout au moins dans sa forme secondaire est identique à celle de la grossesse tubaire. Mais quelque soit la localisation ectopique, il est

commode de classer avec NOVAK ces différents facteurs étiologique en 2 groupes :

: Des facteurs mécaniques qui retardent ou s'opposent au passage de l'oeuf fécondé dans la cavité utérine.

: Des facteurs biologiques qui augmentent la réceptivité de la muqueuse tubaire ou de tout autre foyer appelé par NOVAK : "Tissu endometroïde", et qui permettrait la nidation intra péritonéale de l'oeuf fécondé.

- Facteurs mécaniques -

1 - Inflammatoires et infectieux :

Les infections pelviennes en général et celles consécutives au post-partum et au post-abortum en particulier entrainent des remaniement tissulaires au niveau des trompes déterminant des retrecissements voire même de véritables stenoses tubaires, aboutissant à la formation de cul de sacs (DURANTE et LE LORIER).

Tout processus infectueux ou inflammatoire peut entrainer la formation d'adhérences responsables de coudures ou d'étranglements tubaires. Sous l'influence de ces divers facteurs, peuvent se développer des troubles de l'activité ciliaire et du pérystaltisme tubaire aboutissant soit au ralentissement de la progression de l'oeuf fécondé, soit même à l'inversion du sens normal de cette migration.

SERAFINO et Coll insistent sur la fréquence des lésions salpingiennes bacillaires ou bilharziennes. Bertrand et Coll pensent que la plus grande fréquence de grossesses abdominales dans la race noire est plus en rapport avec le nombre élevé des lésions salpingiennes

rencontrées dans cette race qu'avec la couleur de la peau.

On note depuis l'avènement des antibiotiques un accroissement sensible des grossesses ectopiques. Comme le soulignent FUNCK - Brentano, l'emploi des antibiotiques en particulier de la pénicilline, dans les infections génitales limiterait les remaniements tubaires laissant ainsi persister un certain degré de perméabilité de la lumière, ou permettrait même une reperméabilisation partielle d'une trompe auparavant sténosée. La fécondation redevient alors possible mais le faible calibre des trompes favoriserait les grossesses ectopiques.

KRONN et Coll insistent sur ce rôle favorisant de l'antibiothérapie. HOULNES en 1959 publiait une grossesse abdominale survenue après traitement spécifique chez une malade porteuse d'une tuberculose génitale. Il évoque les cas identiques rapportés par PALMER ; DALSACE, PYE, WOOD, WEIBEL, et NOKES.

2 - Les plasties tubaires joueraient également un rôle favorisant. Bertrand et Coll signalent dans les antécédents d'une de leur malade, une plastie tubaire pour stérilité, de même, GAUTIER et Coll retrouvent dans les antécédents du cas qu'ils rapportent une salpingectomie gauche pour rupture de grossesse tubaire.

3 - Le rôle des malformations congénitales est mal précisé. Pourtant dans notre observation N°4, à droite la trompe était rudimentaire il n'existait pas d'ovaire.

Dubuis insiste sur le rôle des diverticules et NOVAK sur celui des polypes intratubaires.

Pour ASHERMAN les spasmes tubaires d'origine psychique ou médicamenteuse pourraient jouer un rôle déterminant. Enfin JARCHO souligne en plus du rôle des fécondités médiocres incriminées dans 21% des cas, celui des tumeurs de voisinnage venant comprimer les trompes comme les fibromes, les kystes ovariens ou para ovariens.

- Facteurs biologiques :

Selon l'opinion établie et partagée par VILLARD et Coll, FRANKEL, STANCA l'endométriose jouerait un rôle fondamental dans la genese des grossesses abdominales, pourtant deux théories s'affrontent :

: Partisans des idées de LACOMME beaucoup d'auteurs pensent que l'oeuf est capable de se greffer sur un terrain non préparé et comme nous le verrons de nombreuses constatations viennent le confirmer, ainsi l'endométriose ne serait ni nécessaire ni habituelle dans ces grossesses ectopiques,

: Par contre pour LQB, l'état endométrial serait indispensable à l'implantation de l'oeuf. Dans un certain nombre d'observations des points d'endométriose ont été retrouvés ; JARCHO le signale dans deux de ses observations.

Pour ANSPRACH l'endométriose jouerait un rôle important dans l'apparition de la grossesse abdominale primitive.

3 - PATHOGENIE -

On distingue classiquement deux sortes de grossesses abdominales : l'une exceptionnelle la grossesse primitivement abdominale, l'autre moins rare, la grossesse secondairement abdominale.

A - La grossesse primitivement abdominale :

Jusqu'à ces dernières années, son éventualité était repoussée par un grand nombre d'auteurs fervents des idées de LAWSON TAIT, qui écrivait en 1888 :
"Qu'un ovule puisse tomber dans la cavité péritonéale et continuer à se développer est une éventualité que je ne peux pas accepter pour le moment, car la puissance de digestion du péritoine est telle qu'un ovule même fécondé n'a aucune chance de développement".

Après les travaux de Williams, ceux de Kelly vinrent apporter la preuve d'une possibilité de migration intra-péritonéale de l'oeuf. Cet auteur rapporte une observation dans laquelle une ovairectomie avec conservation de la trompe du côté gauche et une salpingectomie avec conservation de l'ovaire à droite ont été pratiquées. 15 mois plus tard la patiente eut un enfant, et 17 mois après cette même personne présenta une rupture de grossesse tubaire gauche. Debelut J. rapporta en 1968, dans le même ordre d'idée, une grossesse extra-utérine sur une trompe sans ovaire.

Le plus souvent selon Cavanagh, l'ovule est fécondé dans la cavité abdominale. Mais le rejet de l'oeuf quelques heures après la fécondation dans la trompe peut être à l'origine de la grossesse primitive.

Depuis SITTNER A. il est actuellement admis que l'implantation de l'oeuf dans la cavité péritonéale est possible. Il est

certain qu'un îlot d'endométriose favoriserait cette implantation ectopique mais sa présence n'est nullement obligatoire.

Tout oeuf peut s'implanter sur un quelconque tissu indifférencié.

Selon DEFRES SIGNE, le péritoine comme l'endométre dérivé du coelome primitif ; il réalise donc des conditions favorables pour la fixation de l'embryon.

Il s'agit d'une variété extrêmement rare : sa réalité est mise en doute pour certains (FOSTER et MOORE).

Pour pouvoir parler de grossesse primitivement abdominale il faut en effet :

- Etre certain de l'intégrité histologique des trompes et des ovaires.
  C'est rarement possible en pratique.

- S'assurer que l'utérus est indemne de toute lésion et que l'oeuf s'est inséré à un stade très précoce sur la séreuse péritonéale avant tout début de plancentation tubaire.

Ces critères émis par REST sont très difficiles pour ne pas dire impossible à réunir en pratique. C'est dire que le diagnostic de grossesse abdominale primitive ne peut être qu'un diagnostic d'exception.

B - La grossesse secondairement abdominale -

De beaucoup la plus fréquente relève de causes mieux connues :

1 - Forme faisant suite à un avortement ou à une rupture tubaire :

Pour CLARK et GUY certains éléments permettent de préciser le mécanisme.

- dans l'avortement tubo-abdominal l'oeuf ne conserve aucune connection avec la trompe.

- dans la rupture tubaire au contraire l'oeuf reste partiellement inséré sur la trompe et développe secondairement son insertion péritonéale.

Mais lorsque la grossesse est avancée, ou que la coque ovulaire s'est développée aux dépens des organes voisins il est illusoire de vouloir retrouver ces critères anatomiques.

Dans notre série, trois grossesses abdominales étaient secondaires à une rupture tubaire (observation (N°1) - (N°3) - (N°4). Dans l'observation (N°2) la trompe était incluse dans la coque ovulaire il était de ce fait impossible de préciser son état anatomique.

2 - Grossesse abdominale secondaire à une brèche utérine :

Sur le plan expérimental Hreshchyshyn et Coll, ont réussi à provoquer des grossesses abdominales avec foetus vivant, en incisant des utérus de souris gravides.

Renaud et Coll, proposent dans une récente publication une classification selon laquelle il y aurait des grossesses entièrement abdominales d'une part et des grossesses utéro-abdominales d'autre part. Dans les premières le placenta et le sac foetal sont en dehors de la cavité utérine, gardant quelque fois certaines attaches avec la surface extérieure de l'utérus et notamment la brèche utérine.

CLARK J. et BENNET R. définissant pour leur part, les grossesses utéro-abdominales comme étant des grossesses ectopiques où une por-

tion du sac ovulaire est à l'extérieur de l'utérus, et l'autre partie à l'intérieur de la cavité utérine ou communiquant avec celle-ci par une fistule permettant l'écoulement du liquide amniotique dans cette cavité.

Un certain nombre de formes sont observées selon la nature de la brèche utérine. Ainsi des auteurs soulignent la fréquence des grossesses abdominales secondaires à une brèche utérine en l'absence de toute intervention chirurgicale. Il s'agit sans doute de ruptures utérines dûes à une malformation congénitale ou acquise, comme dans le cas de HELMAN et SIMON, par soudure incomplète des canaux de Muller.

CLARK et BENETT dénoncent à nouveau après TE LINDE, la fréquence relative de cette forme de grossesse, après les tentatives d'avortements criminels à la suite de perforations utérines. BADAWY insiste dans le même ordre d'idée sur les perforations utérines après curetages.

Aussi fréquentes sont les formes consécutives à un lachage de sutures après interventions chirurgicales sur l'utérus. Renaud et Coll rapportent deux observations secondaires au lachage d'hystérrographie après césarienne. CLARK insiste également sur cette étiologie en rapportant un cas, et dénonce d'autres interventions capables d'engendrer cette complication, telles les salpingectomies avec résection intersticielle. HUBINONT relate une observation de grossesse abdominale à terme, complication secondaire d'une myomotomie.

3 - <u>Forme faisant suite à une grossesse ovarienne.</u>

Quelques rares cas viennent illustrer cette éventualité, citons l'observation de Gautier P. et Coll, ces auteurs ne retrouvent pas d'ovaire droit, et pensent à unegrossesse primitivement ovarienne et secondairement abdominale.

En conclusion :

Si la distinction pathogénique paraît théoriquement facile, pratiquement elle l'est beaucoup moins. L'existence d'adhérences nombreuses, d'une coque développée au dépend des organes voisins, rendent très difficile l'inventaire des organes et la distinction entre grossesse primitivement et secondairement abdominale.

4 - ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

De l'étude d'un grand nombre d'observations publiées, on peut dégager les éléments anatomo-pathologiques essentiels. Parmi ceux-ci il faut retenir la transformation anatomique de la cavité abdominale, l'augmentation de volume, de l'utérus, la modification des organes génitaux.

A - L'utérus et ses annexes :

a) - L'utérus -

Il est classique de dire que l'utérus est souvent hypertrophié et qu'il affecte une position anormale.

Pour TORPIN, sa taille au voisinnage du terme, est celle d'une grossesse intra-utérine de 2 à 3 mois, sa forme est plus globuleuse, et sa consistance plus molle. Ceci s'explique comme le précise SPEERT, car quelque soit le lieu de la gestation, les influences hormonales entraînent au niveau de l'utérus les différenciations gonadotropes habituelles : ainsi le myomètre s'hypertrophie et l'endomètre se transforme en caduque. Si l'évolution de l'oeuf est interrompue, on assiste à la dégénérescence de cette caduque. Les récents travaux de HOMMA-H. portant sur le diagnostic des grossesses extra-utérines après curretage biopsique viennent confirmer ces constatations.

Suivant le terme des grossesses rapportées les utérus sont de volumes différents et dans des positions anormales. Dans 3 de nos observations Tableau n° VII, l'utérus était de volume normal, dans l'observation N°1 était légèrement augmenté de volume, mais dans tous les cas, il était indemne de : toute lésion.

En faveur des grossesses abdominales secondaires à une brèche utérine Renaud et Coll publient deux observations secondaires à une déhiscence de cicatrices de césariennes segmento-corporéales. A l'examen pré-opératoire ils retrouvent des utérus petits, retractés, les bords de la rupture épaissis et plus ou moins sclereux. Dans une troisième observation où la brèche était secondaire à une suture de rupture utérine, le gateau placentaire restait en partie adhérent aux lèvres de la plaie. HRESHCHYSHYN, et Coll, rapportent 5 cas ayant pour étiologie soit une rupture utérine spontanée, ou secondaire à un lachage de suture de césarienne ou de myomectomie ; à l'examen des pièces ils retrouvaient soit une déchirure franche d'une des faces utérines, soit une rupture à l'emporte pièce, l'une ou l'autre ayant quelque fois nécessité une hysterectomie.

Passons sous silence tous les impacts retrouvés sur l'utérus et en particulier sur sa surface péritonéale, dûs aux insertions placentaires à ce niveau, et mentionnons la présence d'éventuelles lésions organiques.

Gillet et Coll retrouvent un utérus polyfibromateux, porteur de 3 modules corporœaux et d'un module isthmique. LESTER et Coll évoquant les grossesses abdominales survenant sur utérus malformé, rapportent un cas d'utérus bicorne à col unique.

b) - Les annexes :

L'étude anatomo-pathologique des annexes devrait permettre de reconnaître les formes primitivement abdominales et les formes secondairement abdominales. En fait, l'existence d'adhérences multiples et d'une coque développée au dépend des organes de voisinnage rend difficile l'inventaire des organes génitaux internes.

B - Le foetus et ses annexes :

a) - Insertion :

Le lieu d'insertion de l'oeuf est variable selon les cas. Il peut être limité mais en générale il est diffus et intéresse de ce fait un certain nombre de territoires.

- sur la surface péritonéale de l'utérus et de la trompe. Si cette insertion intéresse avec prédilection la face postérieure et le fond utérin, elle se rencontre à tous les niveaux sur la trompe.

- sur le ligament large et les ovaires. Citons à ce propos le cas de PALLIEZ et Coll qui rapportent une grossesse abdominale intraligamentaire ayant évolué jusqu'au 7è mois.

- cette insetion intéresse fréquemment les culs de cas utérins et en particulier le cul de sac de Douglas. Selon CLARK et GUY quand il s'agit de grossesse abdominale secondaire à un avortement tubaire l'oeuf n'a aucune connection avec la trompe, le placenta s'insère et se développe au niveau du Douglas, point déclivé de la cavité abdominale.

- l'adhérence aux anses intestinales et au mesos, paraît être parmi les plus communes. Dans de multiples publications, cette insertion placentaire aurait occasionné des fistules coliques.
  Gandar et Gagnière relatent le cas d'une grossesse abdominale secondaire ayant perforé le rectosigmoïde.

Gerbonnet et Henrion rapportent une observation où cette fistule rectosigmoïdienne aurait entraîné l'expulsion du foetus par le rectum. Enfin, dans ce cadre vient l'exceptionnel cas de SHAW et NICHOLAS : grossesse abdominale incarcérée dans une hernie ombilicale.

- Non moins fréquentes sont les insertions épiploïques. De Minicis et PALMIERI rapportent un cas de grossesse épiploïque primitive.

- le péritoine pariétale est très souvent intéressé.

- les insertions sur les viscères voisins ou intraabdominaux sont souvent rencontrées. FOUSSIERE B. et Coll relatent un cas de grossesse intrasplénique au 3è mois. KULESHOVA E. rapporte une observation avec placenta rattaché à la rate et Wodensty une grossesse abdominale avec implantation de l'oeuf dans le foie. Henrion R. mentionne l'éventualité d'insertion vésicale pouvant occasionner des perforations à ce niveau.

- enfin et parmi les plus catastrophiques quant aux complications immédiates sont les implantations sur les gros vaisseaux. Celles-ci pouvant engendrer spontanément ou au cours d'intervention des hémorragies cataclysmiques. Pepin A. relate une grossesse abdominale de 28 semaines avec attaches placentaires sur les vaisseaux spléniques.

Dans notre série différentes insertions ont été retrouvées.

Tableau VII, mais en aucun cas des complications majeures, secondaires au lieu d'implantation n'ont été observées. Dans une statistique portant sur 101 cas HRESHCHYSHYN et Coll étudient la répartition de l'insertion placentaire.

Tableau VI

Tableau VI : Répartition de l'insertion placentaire étude portant sur 101 cas selon HRESHCHYSHYN et Coll.

Lieu d'insertion	Total	Pourcentage %
Utérus	36	49,3
Annexe	49	67,1
Paroi pelvienne postéro-latérale	8	11
Fosse iliaque	12	16,4
Cul de sacs	8	11
Paroi abdominale antérieure	10	13,7
Paroi abdominale postérieure	2	12,7
Rectosigmoïde, caecum, colon ascendant et descendant	26	35,6
Appendice	2	2,7
Colon transverse	5	6,8
Intestin grèle	11	15
Mésentère	6	8,2
Estomac	2	2,7
Rate	1	1,4
Diaphragme	1	1,4
Région splénique gauche	1	1,4

b) - Le placenta :

Sur le plan macroscopique

Le placenta est retrouvé en général normal quant à sa forme et sa taille. Selon COALE et Coll il est souvent multilobé et intrapelvien mais quelquefois il peut avoir un lobe ectopique contractant des insertions hautes intra-abdominales pouvant poser des problèmes en cours d'intervention.

Il correspond à l'âge de la grossesse si sa vascularisation d'empreint est adéquate. Dans ce cas les vaisseaux situés à son voisinage sont toujours hypertrophiés. L'artère utérine ou l'artère lombo-ovarienne constituent en général l'origine de son alimentation vasculaire. Mais il n'est pas rare que d'autres vaisseaux intrapelviens ou intraabdominaux participent à sa vascularisation.

Bien souvent sa situation ectopique est responsable d'une irrigation déficiente, et le placenta subi une dégénérescence hydropique. Il devient de ce fait jaunâtre avec des zones de calcification et d'infarcissement, son allure est alors serpineuse et l'insuffisance placentaire est de règle.

A l'examen microscopique :

Selon Ahyi, les villosités choriales sont souvent normalement et complètement développées. La couche deciduale peut être peu abondante ou absente. Pour palier à cette insuffisance d'après NESBITH le trophoblaste par son action erosive sur les éléments musculaires et conjonctifs forme du tissu necrotique et fibronoïde. Du fait de l'absence de caduque, la séparation du placenta ectopique devient pratiquement impossible, et oblige à des mesures chirurgicales particulières. Notons que parmi les conduites à tenir certaines amènent à laisser le placenta en place après l'extraction du foetus.

Dans ce cas, il peut soit se résorber totalement sans difficultés, mais souvent sa persistance et les anomalies dont il serait le siège engendrent des complications morbides.

c) - Le sac foetal.

Le sac ovulaire peut être réduit à une poche, il est alors limité par ses propres membranes souvent anormalement épaissies par les adhérences environnantes. Parfois ce sac peut manquer et est alors limité à l'absence ~~de toute membrane~~ un organe.

Selon Tan et Coll il semble par contre que l'intégrité du sac membraneux est nécessaire pour la survie du foetus, et prétend que si un foetus est retrouvé vivant avec des membranes rompues il est vraisemblable que la rupture ait eu lieu peu de temps avant la délivrance.

Il arrive que le liquide amniotique se résorbe et que les enveloppes se rétractent. Si le kyste reste aseptique il peut subir au cours des mois et des années une dégénérescence calcaire réalisant le classique "lithokelipedion".

d) - Le liquide amniotique :

L'oligoamnios est habituel. Cette rareté du liquide amniotique expose le foetus à des différences de pression, pouvant expliquer certaines malformations. Williams rapporte un cas en 1961 où une femme présentait entre autre symptomatologie une hydrorrhée, celle-ci provenait d'une fistule entre le sac amniotique et la trompe ce qui entrainait l'écoulement du liquide amniotique par le vagin.

e) - Le foetus :

Selon une excellente étude de Tan et Coll un nombre assez appréciable de foetus seraient viables. La plupart d'entre eux sont par

contre porteurs de malformations souvent compatibles avec la vie. Dans de récentes observations on note parmi les anomalies les plus fréquemment rencontrées des déformations siégeant au niveau du cou à type de torticolis, d'asymétries faciales, de pieds bots, avec varus equin.

La majorité semble être dûe, selon Drury à l'oligoamnios. Les anomalies de développement congénitale rapportées par Cornell et Lash et plus récemment par Johnson paraissent plus rares. Il est classique de dire que les enfants nés de grossesses abdominales sont généralement hypothrophiques, petits, ne dépassant pas 2 kg 500. Certains à terme atteignent cependant un poids normal.

Les retentions de foetus morts sont plus fréquentes, quelquefois même le foetus se calcifie pour réaliser le "lithopedion" ;

	UTERUS	ANNEXES DROITES	ANNEXES GAUCHES	CONCLUSION PATHOGENIQUE	INSERTION OVULAIRE	COTE NU OVULAIRE
observation N° 1	un peu augmenté de volume	indemnes	trompe semble déchiquetée adhère avec l'ovaire à la paroi antérieur du sac	grossesse abdominale secondaire à une ruptubaire gauche	massé logée entre face postérieure du ligament large et face antérieure de mesosigmoïde fistuleuse colique de 2cm	os et matières décomposées
observation N°2	volume normal	masse ovarienne adhérente à trompe droite	normales	incertaine	adhère à l'ovaire droit la trompe droite le cacum et l'épiploon	foetus momifié de 5 mois environ

(suite page suivante...)

observation N° 3	volume normal indemne de lésions	trompe droite adhérente au placenta par son pavillon	annexes saines	grossesse abdominale secondaire à une rupture tubaire droite	sur pavillon de la trompe droite bas fond cecal la dernière ansoïdale	foetus de 4 mois environ
observation N° 4	volume normal	trompe rudimentaire pas d'ovaire	de la trompe gauche il ne reste que la moitié proximale	grossesse abdominale secondaire à une rupture tubaire gauche	Ouf logé dans le cul de sac de Douglas recouvert par le mésosigmoïde.	foetus de 1kg800 mort né macérè placenta 700gr

TABLEAU VII = Résumé anatomo pathologique de nos observations.

5 - CLINIQUE -

Pour HRESHY, une fois sur deux le diagnostic ne serait fait qu'à la laparatomie : c'est dire qu'il n'existe pas de tableau clinique univoque hautement spécifique de la grossesse abdominale.

Une confrontation de toutes les données de la littérature, nous permet néanmoins d'analyser les signes amenant dans la majorité des cas les femmes à consulter. Nous citerons à titre anecdotique certaines particularités sémeiologiques et évolutives. Après quoi nous exposerons les constatations de l'examen clinique, telles qu'on les trouve communément décrites dans les traités classiques.

A - Symptomatologie évocatrice :

- Le dépassement de terme :

Il est classique de dire que la grossesse prolongée doit évoquer de partie pris l'insertion abdominale, et ceci d'autant plus que le terme est dépassé sans discussion possible. Dans notre observation (N°4) la patiente a dépassé son terme de 2 mois et demi et s'étonnant de n'avoir pas encore accouchée consulte son médecin qui décide l'hospitalisation. Cette éventualité est retrouvée dans trois cas sur huit, relatée par Renaud et Coll. Dans la littérature le dépassement de terme a été rapporté un certain nombre de fois par : BENHARD, GEAI, LUBIN, MACHON, ZAK.

Il est a noter qu'arrivée au terme prévu de sa grossesse la femme présente "un faux travail" avec des douleurs abdominales correspondant aux contractions utérines, intermit-

tentes, des pertes glaireuses, sagneuses ou constituées de débris de caduque. Mais dans ce cas le col reste long et fermé la masse abdominale ne se contracte pas, la présentation ne s'applique pas. Deux éventualités alors sont possibles :

- rétention du foetus et à plus ou moins longue échéance sa mort.
- exceptionnellement comme l'ont rapporté Lepage et Leconte le faux travail aboutit à l'accouchement par les voies naturelles par effraction d'un cul de sac.

Dans notre observation (N°4) la femme a présenté cet épisode avec des douleurs rythmées et quelques metrorragies, mais la cédation rapide des douleurs et l'absence de toute dilatation a fait rejetter le diagnostic de début de travail.

- Les douleurs pelviennes :

Dans deux de nos observations (N°2 et N°3) des douleurs pelviennes sont à l'origine de la consultation. La douleur est un signe assez constant, mais très différent dans ses caractères.

- un épisode douloureux brutal durant le premier trimestre de la gestation, accompagné fréquemment de metrorragie, traduit selon toute vraisemblance l'avortement ou la rupture tubaire, à l'origine de la grossesse abdominale.

- des douleurs diffuses, à type de pesanteur abdomino-pelvienne apparue depuis plusieurs mois, ont motivé l'hospitalisation dans l'observation (N°2) et traduisent probablement l'existence d'une masse.

- ces douleurs s'accompagnent souvent de troubles du transit réalisant un syndrome

subocclusif avec nausées et vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme abdominal. Ces signes ont été retrouvés dans l'observation (N°3) la femme a présenté brutalement un tableau identique, suivi d'une période d'accalmie et un mois plus tard une récidive sur un mode plus aigue.

L'occlusion vraie semble plus rare. Pour Renaud et Coll toute occlusion chez une femme enceinte doit faire envisager le diagnostic de grossesse abdominale ce serait selon eux une vérité clinique indiscutable ;

- rappelons les douleurs du "faux travail" coïncidant avec la période présumée du terme. Des multipares connaissant les contractions de l'accouchement se sont laissé abuser par des douleurs de ce genre.

- enfin viennent les douleurs déclenchées par les mouvements foetaux et qui sont dans ce cas violentes et assez évocatrices pour TE LINDE.

- L'altération de l'état général.

Selon Renaud et Coll serait un élément majeur du tableau clinique. Dans l'observation (N°1) l'état général était médiocre. La femme présentait depuis plus de 3 mois un syndrome fébrile, un amaigrissement important, et une anémie frappante. L'hyperthemie traduisait la surinfection du kyste foetal secondaire à une fistule colique, déterminée par les villosités choriales sur le colon sigmoïde. La surinfection du sac foetal détermine dans un premier temps la macération du foetus puis par rupture une pelviperitonite qui peut secondairement s'étendre à la grande cavité abdominale. Selon Hreshchyshyn une péritonite ne s'observe que si l'enfant mort est retenu plus de quatre semaines. Renaud et Coll ont relevé un syndrome péritonéal avec température à 40°, il s'agis-

sait d'une grossesse abdominale à terme, secondaire à une rupture utérine avec mort foetale récente remontant à 3 jours.

- Les hémorragies -

Représentent plus une complication qu'un signe clinique.

- externes :

Elles se voient dans le premiers mois de la grossesse et sont communes à toutes les localisations ectomiques. Elles ont été observées au cours de grossesses abdominales assez avancées, Renaud et Coll rapportent un cas au 8è mois. Gandar et Gagnière insistent par contre sur les rectorragies à la suite de perforations intestinales.

- internes :

Elles traduisent une désinsertion placentaire. Dans notre observation (N°3) une désinsertion partielle du placenta était responsable d'un hémopéritoine important avec atteinte marquée de l'état général. Hollender et Coll ainsi que Lurias rapportent deux cas où une hémorragie péritonéale grave avait nécessité des transfusions massives. Selon Hreshchyshyn ces hémorragies peuvent être intra-péritonéales intraamniotiques, ou intra-viscérales.

B - Particularités semeïologiques et évolutives :

Si un certain nombre de constatations ne seront retenues qu'à titre anecdotique, ou de curiosités cliniques, une place à part mérite d'être réservée aux grossesses abdominales ayant perforé le gros intestin, et à celles n'ayant fait l'objet que de découverte fortuite.

- Gandar et Gagnière rapportent le cas d'une grossesse abdominale ayant perforé le recto-sigmoïde, dans ce cas, l'évolution selon

eux est variable. Lorsque les villosités placentaires provoquent une perforation intestinale : si l'oeuf est encore jeune et petit, il peut être expulsé en bloc par l'intestin qui se cicatrisera secondairment ; par contre si la grossesse est avancée l'oeuf ne peut être expulsé et l'évolution est variable selon l'abondance des rectorragies. Celle-ci peut être abondante et attirer l'attention imposant alors l'intervention elle peut être insignifiante, voire manquer il se formera alors une fistule entre l'intestin et l'hématocèle, éventuel point de départ d'une infection, pouvant se généraliser en péritoine libre.

Dans notre observation (N°1) une brèche sigmoïdienne d'environ 2cm a été découverte. Une étude approfondie de la littérature internationale nous a permis de retrouver un grand nombre de cas comparables. Deux observations sont intéressantes de par leur évolution ; celle de Cerbonnet et Henrion avec expulsion d'un foetus de 5 mois par le rectum, et une grossesse abdominale avec accouchement par le rectum relatée en 1966 par Kuleshova E.

- dans le cadre des grossesses abdominales ayant perforé un organe creux, citons le cas de Hunter et Coll, où la grossesse ectopique était suivie de l'élimination du placenta par la vessie.

- Williams Ph. relate un cas où à la suite de la perforation du sac foetal dans l'une des trompes la grossesse s'accompagnait d'émission de liquide amniotique par le vagin.

- Correa et Coll rapportent dans leur observation l'évacuation spontanée du foetus par une fistulepariétale.

- selon Portuando V. la toxenie gravidique serait beaucoup plus fréquente dans les grossesses abdominales que dans les gros-

sesses utérines.

- enfin Soutoue et Gruet relatent le cas d'une grossesse ectopique ayant évolué sur une forme pseudo-ascitique d'innondation péritonéale d'origine gravidique.

- pour clore ce chapitre où toutes les formes rapportées n'ont pas d'intérêt réel, compte tenu de leur extrême rareté : rappelons qu'il est des cas où aucune symptomatologie ne se manifeste durant toute la gestation, le diagnostic n'étant plus souvent fait qu'à la laparotomie.

C = Examen clinique :

Il est imprudent de prétendre pouvoir faire la preuve d'une grossesse abdominale par le seul examen clinique. Ce n'est qu'en pensant délibérément à cette éventualité que les données perçues par cet examen deviennent parlantes et peuvent de ce fait, être rattachées à un diagnostic exact.

A la palpation :

- Dans notre première observation une tumeur abdominale accompagnée d'une baisse de l'état général a motivé l'hospitalisation. Au cours des 1ers mois, la perception d'une masse abdominopelvienne est un élément majeur du diagnostic. Avec l'appui des examens paracliniques la grossesse extrautérine doit être suspectée.

- au voisinage du terme la présentation ectopique peut être évidente. Dans ce cas la paroi abdominale est sensible, flasque, on rencontre un foetus superficiel, qui est directement palper sous la peau ; on perçoit assez facilement ses contours irréguliers ses membres on note par ailleurs l'absence de ballotement foetal, il est haut situé, distinct de l'utérus,

en flexion ou en extension. En pratique bien souvent les contours du foetus sont émoussés du fait de l'interposition d'adhérences intestinales, du placenta ou de la coque du meosac foetal ; et le diagnostic devient moins évident.

-l'anomalie de présentation pourrait être evocatrice. A terme le kyste foetal abdominal sensible irrégulier étalé à grand axe transversal tandis que l'utérus gravide est généralement régulier et à axe vertical. La présentation transversale haute est fréquente. De plus on ne percevra pas les ligaments ronds tendus, ni les contractions de Braxton Hicks fréquemment déclenchées lors de l'examen obstetrical.

A l'auscultation :

Beecham et Coll évoquent dans ce cas la non perception du souffle utérin remplacé parfois par un souffle lombo-ovarien, qui est de tonalité plus aigûe et de siège plus latéral. Proche du terme, les bruits du coeur foetal seraient selon certains auteurs plus forts d'un timbre plus clair que normalement.

A la percussion :

On devrait éventuellement trouver un tympanisme abdominal contrairement aux grossesses intra-utérine du fait de l'interposition des anses intestinales devant le foetus.

Le toucher vaginal combiné au palper :

Il apporte en général des éléments précieux :

- selon Kelly dans la grossesse abdominale le col correspond en volume et en consistance à la grossesse qui est au-dessus de lui et non au volume de l'utérus lui même.

Il est classique de dire que le col est

anormalement long, formé peu ramoli et qu'il est déplacé en avant et en haut sous la symphyse pubienne. Rarement on le trouve anormalement bas ou dévié latéralement.

- il est communément admis, que l'utérus est généralement hyperthrophié et qu'il affecte une position anormale. Pour Torpin, il aurait pour une grossesse abdominale à terme, le volume d'une grossesse intra utérine de 2 à 3 mois. Il est du reste plus dur que normalement et souvent repoussé en haut et en avant ou dévié latéralement.

- on perçoit au terme de cet examen soit un foetus en position transversale ahuto, soit une tumeur abdominale et dans la majorité des cas indépendante de l'utérus. Parfois ce dernier est pris dans la coque ovulaire et son individualité n'est pas retrouvée.

Le toucher rectal :

Le toucher rectal peut apporter des renseignements complémentaires sur la situation du kyste foetal par rapport à la paroi pelvienne postérieure.

= un mot enfin sur une variété clinique tout à fait exceptionnelle et dans laquelle l'examen devrait être mené avec beaucoup de perspicacité : ce sont les cas de grossesse abdominales et intra-utérines ont été menées à terme. Krosso en 1959 parle de grossesse abdominale gemellaires et Kariks J. en 1960 grossesse à terme : un foetus dans l'utérus l'autre dans la cavité abdominale.

Conclusion -

Que faut-il retenir au terme de cette étude clinique ? Parmi tous les symptomes rapportés dans la littérature en pratique cinq symptomes d'appel doivent être retenus:

- dépassement de terme,
- douleurs associées ou non à des troubles du transit,
- altération de l'état général,
- hémorragies,
- tumeurs abdominales.

Bien qu'évocateur aucun de ces signes ne nous a permis de porter le diagnostic à l'étape clinique.

6 - DIAGNOSTIC -

A - DIAGNOSTIC POSITIF -

Devant la pauvreté de l'examen clinique dont les donnés comme nous l'avons vu ne peuvent être rattachés à un diagnostic exact qu'en pensant délibérément à cette variété d'insertion. Un certain nombre d'examens paracliniques et particulièrement radiologique peuvent dans la majorité de cas confirmer les présomptions cliniques et affirmer le diagnostic.

1 - La radiographie :

La radiographie est l'élément de certitude indispensable au diagnostic. Deux radiographies de l'abdomen sans préparation une de face et une de profil sont en général suffisantes.

Todes en 1958 après l'étude de documents radiologiques et HABER en 1965 énoncèrent un certain nombre de signes.

- sur le cliché de face :

: une présentation anormale transversale, le plus souvent le foetus étant en général haut situé avec peu ou pas de changements durant des examens successifs.

: une inhabituelle clartée des parties foetales, et une finesse de la structure osseuse du squelette, sans visualisation de l'ombre utérine ou placentaire.

: mise en évidence des bords du sac amniotique entourant le foetus (constatation difficile à affirmer au cours des grossesses abdominales avancées le sac foetal peut être épaissi par des remaniements inflammatoires et un imposer pour un utérus).

: attitude anormale du foetus, avec extension relative des membres et du crâne différente de celle imprimée par un sac normal, et plus ou moins mal contenu dans une poche beaucoup plus extensible que l'utérus.

: éventuellement prise en considération des calcifications placentaires et des malformations foetales.

: avec la technique des rayons mous, présence d'une opacité dans le pelvis provoquée par l'utérus gros et vide donnant l'impression d'une vessie distendue.

- sur le cliché de profil.

: la superposition du rachis foetal et du rachis maternel serait pathognomonique, c'est le signe de WEINBERG SCHERVIN. La projection de parties foetales sur la colonne lombaire maternelle ou en arrière de celle-ci est tout aussi pathognomonique.

: contact intime des parties foetales avec les anses intestinales et projection d'ombres gazeuses situées en avant de l'image foetale, constituent un bon signe et explique le tympanisme perçu à la palpation.

La constatation de certains de ces éléments nous a permis dans notre observation (n°1) de faire le diagnostic avant la laparotomie.

Mais ces caractères peuvent manquer et faire rejeter le diagnostic de grossesse abdominale pourtant évoqué cliniquement c'est le cas rapporté par BERTRAND et Coll.

- 2 - L'hysterosalpingographie :

Selon HABER et Wilson le diagnostic de grossesse abdominale peut être suggérer par la radiographie et établie radiologiquement

par l'hysterographie.

L'hysterosalpingographie pratiquée avec les plus grandes précautions d'usage représente en effet l'examen de choix. Elle avait d'abord été rejetée par ce qu'on redoutait des complications toxiques et parce que les images obtenues étaient peu satisfaisantes. Actuellement la technique est bien codifiée (hospitalisation converture antibiotique - utilisation de produitsopaques appropriés).
Elle objectivera, la vacuité utérine dont la cavité bien imprégnée est généralement sub normale, le système tubaire ; et démontrera la localisation extra-utérine du foetus. Elle constitue de ce fait, un argument diagnostic irréfutable.

Si un grand nombre d'auteurs soulignent son intérêt diagnostic d'autres en discutent l'inocuité. Pour Ahyi la nature extra-utérine de la grossesse devra être précédemment affirmé, car on redoute la mort de l'oeuf. Pour Renaud et Coll, cette technique serait simple et sans danger. En effet, si la grossesse est intra-utérine que risque t-on tout au plus un déclenchement de travail ce qui apparaît sans inconvénient en cas de mort ir intero [illegible] de grossesse prolongée.

- 3 test utilisant les extraits post hypophysaires. (lors de dépassement de terme).

Parmi les différentes modalités d'utilisation retenons celle rapportée par AHYI et qui selon CORRIN et MACCORD donne une réponse exacte sans complications. Elle consiste en une injection sous cutanée d'une unité de post-hypophyse attente de 15 minutes ; en l'absence de réponse certaine nouvelle injection de 5 U.ce qui donne une réponse en 15 minutes. S'il s'agit d'une grossesse intrautérine normale l'action ocytocique peut être enrayée par l'administration d'éther au masque jusqu'au

relachement utérin.

Bertrand et Coll rapportent dans une récente publication l'utilisation d'une variante de cette technique.

Dans notre observation (N°4) un déclenchement de travail a été tenté à plusieurs reprises après échec de toute tentative une la laparotomie a été pratiquée.

4 - l'artériographie et la phlebographie - L'angiographie pelvienne :

Plusieurs techniques radiologiques ont été proposées pour objectiver la localisation du placenta. De récentes publications font état d'angiographie pelvienne.

Les premières observations d'angiographie pelviennes ont été rapportées par DOS SANTOS et suivies par les publications de COUTTS et Coll. Il s'agissait d'aortographies trans lombaires. Plus récemment les travaux de BOREL et de FERNSTRUM prouvèrent amplement la valeur diagnostique, en gynécologie - obstetrique de l'aortographie retrograde par voie iliaque.

HABER et WILLSON rapportent en 1965 le cas d'une grossesse abdominale où une angiographie pelvienne, utilisant comme méthode l'artériographie retrograde transfemorale a été effectuée avant la laparotomie selon eux le diagnostic antériographique de grossesse abdominale est fait par la visualarisation du placenta en dehors de la cavité utérine et par sa délimitation. On peut ainsi voir : l'artère utérine et une branche de l'artère iliaque interne assurer la vascularisation placentaire par de grosses branches tortueuses. Les artérioles et les capillaires placentaires donnent par leur opacification un aspect irrégulier et caractéristique qui est facilement reconnu. L'utérus pour sa part

est identifié par l'opacification intra muraie de ses artères.

Coale et Coll après avoir mesuré les risques de l'effet accumulatif des radiations auxquelles sont exposés la mère et le foetus et dénongant les difficultés de l'antériographie retrograde proposent l'angiographie intra veineuse par injection d'un produit opaque dans la veine cubitale. Cette technique ne nécessite pas selon les auteurs un équipement très special et ne requiert pas une technique aussi considérable que les méthodes précédentes. Ils rapportent ainsi deux cas de grossesses abdominales cliniquement suspectées et radiologiquement confirmées.

Si le diagnostic de grossesse abdominale peut être surement établi par angiographie pelvienne de nombreux auteurs et parmi lesquels Haber et Coll, compte tenu de l'exposition prolongée aux radiations des complications possibles et de la complexité relative de ces méthodes, discutent l'intérêt de leur emploi a visée purement diagnostique et recommandent de ne pas en faire une investigation de routine.

Par contre le recours à ces techniques quant à l'établissement d'un placentogramme et à la précision du mode d'alimentation vasculaire du placenta nous parait en pré-opératoire un examen para clinique très précieux. Face aux difficultés et aux complications notamment hémorragiques dues à l'exérèse du placenta, nombreux procédés chirurgicaux, que nous verrons, ont été proposés. L'angiographie pelvienne qui localise l'insertion placentaire et qui précise le point de départ de sa vascularisation est d'un secours utile pour un meilleur contrôle de l'hémostase.

- également en post opératoire dans le cas où le placenta est laissé insitu, l'angio-

graphie nous permet alors de suivre son involution et nous renseignera sur son mode de vascularisation résiduel.

Thermographie et placentographie isotopique.

Parmi les examens radiologiques la thermographie peut dans certains cas préciser la localisation duplacenta. BECK et Coll publient un cas où l'involution du placenta laissé in situ, fut suivie par des thermogrammes en série, établis de façon hebdomadaire et remarquent que les images correspondaient à la dissolution placentaire.

Renaud et Coll pensent que les erreurs sont nombreuses par cette méthode, et suggèrent la placentographie isotopique qui serait selon eux plus utiles

La cœlioscopie :

Keller et Gillet montrent son intérêt dans le diagnostic précoce de grossesse extra utérine et en particulier de grossesse abdominale. Cet intérêt est thérapeutique car l'intervention restauratrice n'a de chance de succès que si elle est pratiquée sur une trompe sans lésions d'infarcissement, il est diagnostic surtout puisque cet examen permet de découvrir précocément une grossesse abdominale. Ils publient ainsi un cas où à la suite d'un retard de règle des douleurs et une metrorragie ont fait pratiquer une coelioscopie ; le status gynécologique était normal, l'inspection du péritoine montrait une petite masse rougeâtre greffée sur la paroi pelvienne droite, sous le ligamentlombo-ovarien. Après intervention l'examen histologique affirmait une grossesse abdominale (hematome dans lequel on reconnait plusieurs villosités placentaires).

Si la coeliopie permet effectivement le

diagnostic précoce d'une grossesse abdominale débutante il serait hasardeux voire contre indiqué de pratiquer un tel examen dans une grossesse abdominale avancée : l'insertion placentaire pariétale, les adhérences multiples si souvent rencontrées, constitueraient un danger redoutable.

Echographie - amniosiopie :

L'étude de la réflexion des ultra-sons ou echographie, surtout bidimensionnelle est certainement destinée à devenir l'examen de choix danale diagnostic des grossesses ectopiques pour Renaud et Coll.
Mais nous n'avons jamais retrouvé cette technique employée dans les observations rapportées au cours des dernières années.

B - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Certes les méthodes ultérieurement énoncées quelles soient cliniques ou para cliniques avaient pour but et assez souvent pour résultat d'établir la réalité de la grossesse abdominale.

Mais bien souvent lagrossesse ectopique n'est qu'une découverte de la laparotomie, et un certain nombre de diagnostics doivent être discutés.

Dans notre observation (n°2) le diagnostic,de kyste de l'ovaire inclus, est porté et un bilan pré opératoire demandé ; dans l'observation (N°3) il s'agissait d'une urgence abdominale et dans la dernière le diagnostic de grossesse intra-utérine maintenu jusqu'à la laparotomie.

Selon différentes publications un certain nombre de diagnostics différentiels ont été soulevés ;

- une masse pelvienne ou pelvi abdominale, que ce soit un kyste de l'ovaire ou un fibrome,

- une urgence abdominale et notamment une rupture utérine;

- une présentation anormale, quelle soit de l'épaule avec axe foetal inhabituel ou du siège avec retrécissement pelvien,

- une grossesse gemelaire,

- toute grossesse utérine hémorragique, que ce soit un placenta ou un hématome retro-placentaire

- il faut se méfier des grossesses intra utérines évoluant dans un utérus malformé ou des sacculations du segment inférieur avec utérus retroversé se développant au dépend de la masse inférieure.

- les agglutinations du col sont très fréquentes,

- enfin d'autres grossesses ectopiques intersticielles ovariennes ou tubaires.

= La grossesse abdominale pose plus en pratique un problème de diagnostic positif que de diagnostic différentiel.

7 - CONDUITE A TENIR .

Si le traitement chirurgical est de règle lorsque le diagnostic est posé, deux problèmes se posent dans la conduite à tenir pratique.

- quand faut-il opérer une grossesse abdominale ?
- quelle attitude faut-il adopter vis à vis du placenta ?

I - A quel moment de la grossesse faut-il intervenir ?

- au cours du premier trimestre : toute grossesse extra-utérine, abdominale ou tubaire, justifie l'intervention. Son exérèse se fait le plus souvent sans trop de difficultés techniques.

- à partir du cinquième mois les attitudes divergent :

: certains auteurs invoquant le risque d'accidents évolutifs graves, et la viabilité incertaine du foetus conseillent d'intervenir dès que le diagnostic de grossesse abdominale est posé quelqu'en soit le stade évolutif. Hreshchyshyn et Coll ainsi que Megatnas Netto sont partisans de cette ligne de conduite.

: d'autres au contraire pensent qu'il est raisonnable de laisser évoluer jusqu'au voisinage du terme toutes les grossesses abdominales avec foetus vivant. Henderson et Wilson avaient laissé quatre grossesses évoluer jusqu'au terme et obtenaient ainsi quatre enfants vivants ayant survécu.

: en pratique l'attitude doit dépendre de l'état de la mère et de celle du foetus :

- on est en droit de différer

l'intervention s'il s'agit d'un enfant précieux sans malformations évidentes cliniquement ou radiologiquement et si l'état général de la mère permet la poursuite de la grossesse. L'hospitalisation et une surveillance rigoureuse sont alors de mise.

- A l'inverse on ne peut accepter de faire courir à une femme fatiguée anémique, parfois fébrile le risque d'accidents évolutifs graves. Il faut intervenir dans les meilleurs délais l'arrêt de la grossesse est encore justifié si le foetus est porteur de grosses malformations incompatibles avec une vie normale.

= le choix du moment de l'intervention dépend donc essentiellement de l'état général de la mère et de celle du foetus.

II - L'intervention chirurgicale ses modalités, l'attitude à adopter vis à vis du placenta.

1 - Préparation :

Lorsque le diagnostic de grossesse abdominale est posé et qu'une intervention chirurgicale est décidée, il convient dans un premier temps de compenser l'altération de l'état général de la malade.
L'anémie sera corrigée, un bilan de la crase sanguine entrepris à la recherche d'une éventuelle coagulopathie.

Une préparation intestinale est souhaitable, et dans tous les cas une grande quantité de sang compatible sera réunie avant l'intervention.

2 - voie d'abord :

La voie d'abord idéale est la laparotomie médiane sous ombilicale, prolongée au besoin en sus ombilicale. Elle permet une explo-

ration convenable du petit bassin et de la cavité abdominale. Mais surtout elle permet un bilan précis de l'appareil génital interne.

King en 1817 rapporte un cas où il procède à la délivrance par voie vaginale. Hreshchyshyn et Coll citent 3 cas où la voie vaginale a été utilisée ; après incision du cul de sac vaginal antérieur le foetus a été extrait par embryotomie et forceps. Actuellement cette voie semble délaissée par la majorité des auteurs au profit de la voie médiane sous ombilicale.

3 - L'extraction du foetus :
ne pose dans la majorité des cas aucun problème particulier.

4 - Traitement du placenta :

3 attitudes sont possibles vis à vis du placenta :
- l'exérèse
- l'abandon avec fermeture du sac sans drainage
- la marsupialisation qui vise à obtenir l'élimination secondaire et progressive du placenta.

a - l'extirpation placentaire complète lorsqu'elle est possible sans trop de dommage représente le procédé de choix. Elle expose pourtant à un danger immédiat : c'est l'hémorragie peroperatoire cataclysmique.

: différents procédés visant à diminuer ce risque hémorragique ont été proposés :

- la ligature du pédicule lombo-ovarien et du pédicule utérin du côté qui a été le point de départ de la grossesse abdominale.
-le compression ou le clampage de l'aorte sous rénale. Plus récemment des aortographies

pré-opératoires ont même été pratiqués chez certaines malades afin de localiser l'insertion placentaire et son mode d'alimentation vasculaire pour un meilleur contrôle de l'hémostose.

: lorsque le foetus est mort, tous les auteurs sont unanimes pour attendre au moins quatre semaines avant d'intervenir (quand l'état de la mère le permet).
L'exérèse du placenta serait plus facile et le risque d'hémorragie plus réduit.

b - l'abandon du placenta in situ en totalité ou en partie expose à de graves complications secondaires : infection, hémorragie, ou occlusion.

Mais elle est dans certains cas rendue obligatoire par une insertion placentaire trop adhérente, trop étendue ou en zone trop dangereuse.

- les avis sont partagés quant à la nécessité d'un drainage : Becham et Coll, Clark et Guy, Foster et Moore préconisent la fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

- Hreshchyshyn et Coll pensent au contraire qu'il est souhaitable de drainer toutes les fois où il y a hémorragie ou infection. Enfin pour Renaud et Coll le drainage constituait une solution de sagesse dans les observations qu'ils rapportent le drainage a été systématique et sans inconvénient pour les malades.

= plusieurs méthodes ont été proposées pour suivre l'évolution du placenta laissé in situ pour le localiser et apprécier l'importance de sa vascularisation résiduelle.

: persistance de son activité hormonale a été démontrée comme étant une corollaire de

l'absence d'involution significative de sa vascularisation. Un certain nombre d'études ont été entreprises pour déterminer la sécrétion hormonale du placenta demeuré in situ.

Ainsi selon les auteurs le taux de gonadotrophine chorionique continue à être élevé pendant 28 à 30 jours après l'intervention. Hamersma et Shoppman ont noté dans leur observation une excrétien importante de profans, d'oestrogenes et de pregnandiol durant un mois.

Magnin et Coll ont noté une augmentation du taux des dérivés estrogéniques cinq mois après l'intervention. Cette constatation selon Renaud et Coll, si elle est confirmée par de nouvelles observations serait de nature à remettre en question la conception selon laquelle le foetus jouerait un rôle primordial dans la production des oestrogenes. Charllwood et Culiner rapportent 4 cas où les réactions biologiques de grossesses sont restées positives jusqu'au 60è jour. Après l'intervention et où des hémorragies dont 2 mortelles ont été observées tardivement. La persistance de l'activité placentaire semble bien correspondre dans ce cas à un maintient de la vascularisation.

: Bock et Coll publient un cas où l'étude de l'activité hormonale résiduelle du placenta fut entreprise le premier jour après l'intervention. Ils préconisèrent en outre l'emploi de la Thermographie pour suivre l'involution placentaire. Des tracés établis toutes les semaines reflétaient fidèlement l'explusion et la resorption du tissu placentaire.

: mais c'est l'artériographie qui permet l'étude la plus fidèle de la vascularisation placentaire résiduelle. Dans le cas d'une éventuelle reintervention, pour compléter l'exérèse du placenta elle permet de prévoir les difficultés d'hémostase.

- pour essayer de hater la resorption placentaire

Hreshchyshyn et Coll utilisent l'amethopterine.

Lathrop et Bowels pensent que le methotrexate pouvait favoriser la destruction du trophablaste et accélérer de ce fait l'élimination du placenta. Certains auteurs ont même proposé d'instituer un traitement de ce genre avant l'intervention initiale si l'enfant est décédé, pour favoriser l'extirpation complète du placenta.

Dans une récente publication Weinberg et Coll rapportent deux cas où le placenta laissé in situ fut traité par le methotrexate. Ces auteurs après une étude de son mécanisme d'action et de l'effet de son administration vinrent à discuter son inocuité, et à remettre en question son efficacité. Dans les deux cas, l'apparition de complications nécessita une reintervention. L'examen du placenta montra des modifications de texture qu'on retrouve même en l'absence de tout traitement. Du reste selon eux, la baisse accélérée du taux de gonadotrophine correspondant à l'administration simultanée de methotrexate, n'était pas parallèle à la régression de la masse placentaire

= l'abandon du placenta peut être à l'origine d'une autre complication. Winch et Bryans signalent l'apparition d'une hypfibrinogenemie sept semaines après l'extraction d'un foetus vivant, et abandon du placenta dans la cavité abdominale. En effet la lyse du tissu trophoblaotique en libérant des enzymes proteolytiques générait le fibrino formation.

+ l'abandon du placenta in situ expose donc à de graves complications mais elle est souvent rendue obligatoire par une insertion placentaire trop adhérente, trop étendue, ou en zone dangereuse.

c - la marsupialisation du sac ovulaire à la paroi préconisée en 1855 par Lazarewicg et Cherkin, en plus du risque infectieux et hémorragique, expose à une complication redoutable l'éviscération. Rejettée par la plupart des auteurs elle doit être abandonnée.

.. - Hreshchyshyn et Coll reprenant 101 cas publiés, étudient l'emploi respectif de ces 3 méthodes.

Il fut procédé à l'ablation du placenta dans 71,3% des cas. L'extirpation était totale dans 64,4% des cas et partielle dans 6,9%. Le placenta a été abandonné in situ dans 28,7% des cas.

Dans les 76,4% des cas à l'ablation du placenta s'ajoutait une intervention associée comme en témoignele tableau N° VII.

Tableau N° VIII interventions associées à l'ablation du placenta dans 72 cas.selon Hreshchyshyn et Coll.

Type d'intervention	Nombre d'interventions	Pourcentage
- hysterectomie avec ou sans annexectomie.	20	27,8
- annexectomie uni ou bilatérale sans hysterectomie.....	21	29,2
- appendicectomie	5	6,9
- resection intestinale	1	1,4
- resection intestinale plus colostomie, de dérivation	1	1,4
- suture de fistule colique	1	1,4
- reparation séreuse colique	2	2,8
- splenectomie	1	1,4
- suture de rupture utérine	1	1,4
- hysteropexie	1	1,4
- drainage sus pubien de l'hémorragie	1	1,4
+ total des cas plus intervention :	55	76,4
+ nombre d'interventions concomitentes	17	23,6

- Dans notre série le placenta extirpé toutes les fois avec plus ou moins de difficulté

Tableau IX.

OBSERVATIONS	TRAITEMENT	INTERVENTIONS ASSOCIEES	SUITES OPERATOIRES
N° 1	-médiane sous et para ombilicale gauche -resection des parois du sac ovulaire -lame dans le douglas sortant d'une contre incision latérale	-aveuglement d'une fistule colique de 2cm -salpingectomie gauche	-transfusions -transit se rétablit normalement -ablation du drain le 8è jour
N° 2	-mediane sous ombilicale -extirpation de la masse qui adhère à la trompe droite au cacum et à l'épiploon	-annexectomie droite	Rien à signaler

(observation page suivante)

N° 3	-mediane sous ombilicale -clampage de la trompe droite -de sinderction faciale du placenta -extraction d'un foetus d'environ 4 mois de la fosse iliaque droite	-Resection du 1/3 externe de la trompe droite	Suites opératoires simples
N° 4	-extraction d'un foetus de 1kg800 -extirpation faciale en bloc du placenta qui se décolle	—	Rien à signaler

TABLEAU IX = Résumé thérapeutique de nos observations.

8 - PRONOSTIC -

Grâce au progres de la chirurgie et de l'anesthésie réaunimation le pronostic maternelle a été transformé mais la mortalité foetale reste toujours importante.

Pronistic maternel :

Mortalité maternelle :

Elle a considérablement diminué au cours des dernières années comme en témoigne le tableau N° 10.

AUTEURS	Nombre de cas rapportés	Années sur lesquels porte l'étude	Mortalité Nombre	Mortalité Pourcentage
HARRIS	27	1816-1886	24	88,9
HELLMAN et SIMON	316	1809-1933	101	31,9
WARE	249,	1933-1948	37	14,9
DEVILLIERS	77	1944-1954	4	5,2
HRESHCHYSHYN	101	1945-1957	2	2
RENAUD	8	1966-1968	1	0,12

TABLEAU 10 : diminution de la mortalité maternelle selon les auteurs.

Selon les auteurs et selon les statistiques elle oscille actuellement entre 0 et

15% : % pour CLARK et GUY 5% pour Beecham et Coll, 8,3% pour Foster et Moore et 14,3% pour Cornell et Lash.

Dans notre série nous n'avons déploré aucun décès. La mort peut être due au choc opératoire chez une malade en très mauvais état général, ou surtout aux complications hémorragiques brutales qui peuvent survenir lors des tentatives d'exénèse du placenta.

Le tableau 11 montre que la mortalité est beaucoup plus importante, lorsque le placenta est abandonné dans la cavité abdominale, du fait de la fréquence des complications occlusives ou hémorragiques.

Auteurs	Nombre de cas	Placenta enlevé			Placenta partiellement enlevé			Placenta laissé in situ		
		nombre cas	mort	%	nombre cas	mort	%	nombre cas	mort	%
BECK	1919	201	137	23	16,7	-	-	-	64	26	40,6
DEVILLIERS	1954	77	39	1	2,6	2	-	-	34	2	5,9
HRESHCHY SHYN	1961	101	65	0	0	7	0	0	29	2	6,9

Tableau 11 : relations entre la mortalité et le traitement du placenta .

La morbidité maternelle :

Est beaucoup plus difficile à apprécier Elle semble plus élevée quand le placenta est laissé in situ.

Parmi les complications les plus fréquemment rencontrées dans les suites opératoires, insistons sur l'hémorragie secondaire l'infection, la formation d'abcès intra abdominaux et l'occlusion intestinale.

Hreshchyshyn et Coll étudient dans le tableau 13 le pourcentage de readmission et de reintervention chez les malades ayant présenté une grossesse abdominale.

	Nombre de cas	Readmissions : nombre de réadmissions 1e	2e	3e	Total	%	Réinterventions : nombre de réinterventions 1e	2e	3e	Total	%
Ablation complète du placenta	65	-	-	-	-	0	6	-	-	6	9,2
Ablation partielle du placenta	7	1	-	-	1	14,3	1	-	-	1	14,3

(observation page suivante..)

Placenta situ	29	5	1	1	7	24,1	7	2	2	11	37,9
Total	101	6	1	1	8	7,9	14	2	2	18	17,8

Tableau XII = nombre et pourcentage de readmissions ou de reintervertion sur une étude portant sur 101 cas selon HRESHCHYSHYN, en fonction du traitement du Placenta.

Pronostic foetal :

La mortalité foetale :

Est très importante mais les chiffres sont différents selon les auteurs comme en témoigne le tableau 13.

AUTEURS	Nombre de foetus		Survivants		Pourcentage de foetus viable ayant survécu
	Total	viable	Nombre	% sur totalité des enfants	
CROSS (1951)	6	4	2	33,3%	50%
BARRETT (1952)	4	3	0	0 %	0%
KING (1954)	5		1	20 %	
CHARLEWOOD et CULLINER 1955	52	12	4	7,6%	33,3%
YAHIA et MONTGOMERY (1956)	8	4	3	37,5%	75 %
DRURY (1960)	9	5	1	11,1%	20 %
DIXON et STEVAAT (1960)	10	5	4	40 %	80 %
RENAUD (1969)	8	8	0	0 %	0 %
TAN (1969)	8	5	5	62,5%	100 %
Statistique personnelle (1970)	4	1	0	0 %	0 %

Tableau XIII = viabilité et survie foetale. relation statistique.

AUTEURS	Nombre de foetus viables	Nombre de déformations	Pourcentage
DE VILLIERS	47	18	38,3%
CHARLEWOOD et CULLINER (1955)	12	7	63,3%
YAHIA et MONTGOMERY (1956)	4	3	75 %
BEECHAM (1962)	9	9	100 %
RENAUD (1969)	8	1	0,12%
TAN (1969)	5	3	60 %

Tableau XIV = déformations retrouvées chez le foetus viable selon les auteurs.

Les anomalies de développement congénitales sont rares, mais ont été rapportées par Cornell et Lash en 1933 et par Johnson en 1967.

L'insertion velamenteuse du cordon ombilical serait, selon Hreshchyshyn relativement fréquente dans les grossesses abdominales. Dans ce type d'insertion ainsi que dans les autres types anormaux d'attache funiculaire on note souvent des anomalies vasculaires en particulier l'unicité de l'artère ombilicale. Renaud et Coll, pensent que l'insertion velamenteuse, l'absence d'artère ombilicale, et éventuellement l'association des deux, seraient susceptibles d'expliquer en partie les malformations foetales rencontrées.

Avenir lointain :

Dans les observations rapportées par WARE en 1948, l'évolution des enfants nés sans déformations apparantes fut normale. Jarcho en 1949 rapporte le cas d'un enfant vivant porteur de grosses malformations corrigées chirurgicalement et dont l'état est satisfaisant.

Tan et Coll rapportent dans une récente publication, 8 cas parmi lesquels 5 enfants viables survécurent. L'un deux qui ne présentait aucune malformation marquée à la naissance, succomba à l'âge de 8 mois il accusait alors une microcephalie. Le développement de deux autres fut parfaitement normal. Les deux derniers qui présentaient de sévères déformations avaient un développement mental et un Q.I. satisfaisant.

= Ainsi ces enfants développés dans de mauvaises conditions sont souvent malformés. Mais s'ils arrivent à terme leurs chances de survie sont souvent appréciables.

V - Conclusion

La localisation abdominale au cours des grossesses extra-utérines est rare. Le nombre n'a cessé cependant d'augmenter au cours de ces dernières années.

Nous en observons en moyenne dans le service un cas tout les ans avec une incidence d'une grossesses abdominale pour 7 222 accouchements.

De l'étude étiologique il faut retenir : que les lésions salpingiennes spécifiques bacillaires ou parasitaires, rencontrées depuis l'avènement des antibiotiques sous leur forme larvées, et qui semblent responsables des épisodes de stérilités retrouvées dans les antécédents de beaucoup de ces patientes, sont peut être responsables de la plus grande fréquence des grossesses abdominales en général et dans la race noire en particulier.

Il est aujourd'hui indiscutable que la grossesse abdominale primitive existe. Mais si la distinction pathogénique entre cette variété, et la grossesse secondairement abdominale est théoriquement facile. Il semble au point de vue anatomo-pathologique que cette identification soit rendue difficile par de nombreuses adhérences et le développement du sac ovulaire au dépend d'organes voisins.

La symptomatologie clinique est très polimorphe. Des douleurs pelviennes associées ou non a des troubles digestifs, une altération profonde de l'état général, et des hémorragies évoquent l'insertion ectopique. En fin de grossesse un faux travail, un dépassement de terme doivent faire penser de parti pris à la grossesse abdominale.

L'examen clinique ne permet que

très exceptionnellement, par des finesses semeiologiques de reconnaître le foetus directement sous la paroi abdominale. Le plus souvent seuls des signes de présomptions sont observés. Au toucher, vaginal un col anormalement long fermé, perçu en avant et en haut sous la symphise pubienne constituerait un bon élément d'orientation. La radiographie meilleur élément de diagnostic peut cependant nous l'avons vu, induire en erreur. L'hysterosalpingographie est en fait plus susceptible d'assurer le diagnostic. L'echographie bidimensionnelle se révèlera sans doute dans l'avenir comme un examen précieux dans le diagnostic des grossesses abdominales.

Tout cela explique que le diagnostic ne soit porté dans la moitié des cas qu'a la laparatomie.

Le moment idéal de l'intervention dépend de l'état de la mère et du foetus.

- l'intervention peut être différée avec précaution jusqu'à une période de viabilité foetale convenable s'il s'agit d'un enfant précieux sans malformations sévères apparentes et si l'état général de la mère le permet.

- à l'inverse, il faut intervenir d'urgence si l'état général de la mère est très altéré, si le foetus parait, porteur de grosses malformations ou de viabilité incertaine.

L'extirpation totale des annexes foetales représente le procédé thérapeutique de choix. L'appréciation du risque hémorragique doit guider l'attitude ; l'abandon du placenta s'impose chaque fois que l'insertion placentaire est trop adhérente, trop étendue, ou qu'elle intéresse un territoire dont l'hemostose serait impossible. L'emploi du metho-

trexate pour accélérer l'involution du placenta laissé in situ proposé par certains auteurs est très discuté par d'autres.

Quant au pronostic maternel, si la mortalité est actuellement en nette diminution la morbidité demeure encore assez élevé et cela d'autant plus fréquemment que le placenta n'a pas été extirpé.

Le pronostic foetal demeure pour sa part assombri par une lourde mortalité. Par contre ces enfants, nés de grossesses abdominales et développés dans de mauvaises conditions, arrivés viables au prix de malformations dans les environs du terme ont des chances assez appréciables de survie.

VU le Président de Thèse :

VU et permis d'imprimer

Thèse n° 169

TOULOUSE, le 2 Juillet 1971

Le Président du Conseil de l'Université

Paul SABATIER.

VI - Bibliographie

ADAMS J.Q. et SCHREIER PH.C. grossesse abdominale consécutive à une hysterectomie totale. Am J. obst Gyn mars 1957, 73 N°3, 680-682 (bibliographie)

AHYI A.B. (Melle) A propos d'un cas de grossesse abdominale à terme. Thèse Paris 1968 - N° 235 103 pages.

AHNQUIST G. et LIND P.K. grossesse abdominale (péritonéale) primaire jeune. Am.J. obst Gyn juin 1955, 69 n° 6 1268 - 1276.(bibliographie)

ARVIS G. mecanisme physiologique de l'oro-implantation Gas med Franc 1968, 75 2689 - 2704.

ATAYI L. 3 cas de grossesse abdominale observés en 18 mois de pratique chirurgicale en milieu africain à Zinguinchor. med afr noire-Av 1965 12 n° 131 134.

AUBERT W. sur un heureux cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. Bull fed Soc Gyn obst av mai 1966, 18, N°2 175-179.

BACCARINI A. un cas de grossesse abdominale primaire Med. J. Australia, 17 juin 1961, 48, N° 24, 898, 899.

BADAWY A.H. grossesse abdominale dans un utérus préalablement rompu. Lancet 10 mars 1962, N° 7228, 510-511.

BANUET M.E. (Melle) Les récidives postopératoires des grossesses extra-utérines après intervention conservatrice. Mem ASS. Etr.1952, N°83 - 80 pages.

BARNETT R.V. et BOLEN J.W. grossesse abdominale piège et paradoxe internat Surg Dig, mars 1965 74 N°3 119 - 120.

BECK P. et BIRNBAUM S.H. études thermographiques et hormonales sur le placenta dans la grossesse abdominale Am J. obst Gyn 1et septembre 1967, 99, N°1, 29-33, 7 fig (bibliographie)

BEECHAM (W) HERNQUIST (W) BEACHAM (D) et WEBSTER (H) - grossesse abdominale observée à l'hôpital de la charité (Nouvelle Orléans) Am J. obst Gyn 15 nov 1962- 84- n°16, 1257 - 1270 - (bibliographie)

BEECHAM (W.D.et Coll sur la grossesse ectopique J.A. M.A. fev 1948 136 - n°6 363 - 371 - 8 fig (bibliographie)

BENHARD K. grossesse prolongée dans la cavité abdominale obst gyn 29 mars 1969 91, n°13, 425-427 ; (bibliographie)

BEST. P. Primary abdominal J.A.MA 1931, 97, 1521 - 1525

BERETVAS L.A. grossesse abdominale compliquée d'appendicite aigûe Brit Med J ; 6 av 1963, n° 5335, 932, (bibliographie)

BERTRAND P. DUMONT M. BERARD P. et ETIENNE - MARTIN. M. - une observation de grossesse abdominale au 7è mois Lyon Med 27 juin 1965, 97 N° 26 1857-1866

BERTRAND P. PIERRE A. PICCOLI R. et PAQUIS M. un nouveau cas de grossesse abdominale considérations thérapeutiques. Bull fed Soc Gyn obst av mai 1965, 17, N°2, 176-178 - (bibliographie)

BIALIK A.R. diagnostic et traitement de la grossesse abdominale AKOUCHERSTYOGUINECK (Moscou) 1960 n°1 112-113.

BOURGEOIS G.A. et SHA PIRO M.W.grossesse abdominale secondaire à la rupture d'un utérus accessoire, avec survie de la mère et du nourris-

son. New En lan J. Med. 17 juillet 1952 247, N°4 84-87.

BRADSHAX J. un cas de grossesse abdominale avancée Brit Med J. 18 mai 1963 N°5 341, 1 330.

BROMMES E.L.G. grossesse abdominale à terme avec délivrance d'un enfant vivant. relation d'un cas. J.A.M.A. 10 fev 1951, 145, n°6 399-401 - (bibliographie)

BUCHET R. Le lithopedion rarrisime "masse" pelvi abdominale discussion diagnostic et revue générale J. Rachiol 1967, 48, 537, 548.

BURLESON R.J. et BRAGG grossesse abdominale menée à terme J.A.M.A. 1er décembre 1951, 147, 1349-1350 - (bibliographie)

CARTOUX C. et TRAN-DINH DE : sur une série de 301 grossesses extra-utérines Gyn obst 1950, 49, N°4 390-399.

CAVANACH (D) et MACLURE (J) : grossesse péritonéale primaire Am J. obst Gyn sept 1958 76 n°3 523 (bibliographie)

CERBONNET G. HENRION R.: grossesse abdominale explusion du foetus par le rectum ; méningite colibacillaire et tuberculeuse. Bull Fed Soc Gyn sept 1965 n°4, 17, 309-312.

CHAILLOT P. contribution à l'étude des grossesses abdominales à terme thèse Paris fev 1955 n° 145 41 pages ;

CHALMERS J.A. Un cas de grossesse abdominale menée à terme Practitioner, Juill 1962, 189, n°1 129, 68-71. Bibliographie

CHAPMAN J.D. grossesse intra-utérine et abdominale silultanée menées à terme relation d'un cas J. Internat Coll Surgeons fev 1957, 27, n°2, 194 - 196

CHARLEVOD G. et CULINER A. grossesse extra-utérine avancée (52 cas) J. obst gyn brit emp août 1955, 62, n° 555-559 - bibliographie

CHOSSON J. ROCH P. VERDET C. RUF H. et FOUQUE J.P. histoire d'une grossesse extra-utérine abdominale chez une cardiaque traitée par commissurotomie en début de grossesse. Bull Fed Soc Gyn Obst av-mai 1956, 8, n°2, 205-207

CLARCK K. ET GUY R. : abdominal Amer J. Obst Gyn 1966, 96, 511-520.

CLARK J. et BORKE J. advanced ectopie pregnancy Amer J. Obst Gyn 1961, 78, n°2 298-301.

COALE G. RICHEY L. et MC GANITY W. localisation of tje placenta with intravenous dortography Amer Obst Gyn 1962, 83, 1150-1152-

CORNELL E. et LASH (A) : abdominal pregnancy internat Abstr Surg. 1933, 57, 98 103.

CORREA P. et COLL : quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale (à propos de 18 cas relevés en milieu africain à Dakar) Bull fed soc Gyn obst 1965, 17, 872, 874.

CRESTE. 9 grossesses abdominales à terme bull fed soc Gyn obst août, sept 1956 55, n°4 427, 434.

DA ROSA RIBEIRO E : grossesse abdominale Assis brasil Gin av 1952, 17, n°4 223, 256, bibliographie.

DE MINICIS E. PALMEIRI R. un cas de grossesse épiploïque primitive clin obst Gyn sept 1967, 69, n°8, 417, 425, 6 fig bibliographie résumé français.

DEBELUT J. grossesse extra utérine sur une trompe sans ovaire par migration intraperitonéale de l'oeuf Rev franc Gyn obst nov dec 1956, 51, n°11 12, 400 - 401.

DE REZENDE J. AGUIAR P. BARCELLOS J. Et NAHOUM J. diagnostic de la grossesse abdominale erreur et omissions A, brasil Gin dec 1966, 31, n°6, 287, 326 15 fig bibliographie résumé français.

DILTS P.V. Jr. angiographie pelvienne dans le diagnostic de la grossesse abdominale Am. J. obst Gyn 15 oct 1966, 96 n°4 588, 590.

DODOS L. etude clinique de 40 cas consécutifs de grossesses extra-utérines Proc Roy soc ed août 1959, 33, n°3 783, 787.

DOGA N M et ABERGEL R. un cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant Maroc Med août 1959, 38, n° 411, 1235.

DOUGLAS (L) et KOHMS) abdominal pregnancy West virgina M.J. 1947, 43, 307-310.

DRURY K.A.O. grossesse abdominale secondaire J. obst Gyn Brit Emp juin 1960-67 n°3 455-459 bibliographie.

DUBOURG G. et Coll : retrécissement mitra l décomposé au cours d'une grossesse abdominale Bull ; Fed ; Soc ; Gyn obst 1959, 11, n°3,276.

DUBUIS P. etiologie et diagnostic des nidations ectopiques Gyn obst 1950, supplt 2 n°2 bis 104-127 - bibliographie

EASTMAN N. et HELLMA N L : ectopic pregnancy in Williams (ed 12) Edit Appleton New-York 1961- p. 582.

ERB H. KELLER M. et WENNER R. élimination hormonale dans la grossesse abdominale avancée - 1964, 157, n°3 129-134- (résume français)

FARRIS C. KUSH A. et JACOBS A. une localisation rare du point d'attache du placenta dans une grossesse abdominale Am J. obst.Gyn.dec 1954, 68, n°6, 1598-1599 (bibliographie)

FELISAZ G. une observation de grossesse abdominale Bull fed Gyn sept oct 1962, 14 n°4 478, 479.

FLEURENT H. grossesse abdominale primitive avec enfant vivant : Gyn obst (supplt, 1951, n°3, 184, 191 - résumé français.

FOSTER H. et MOORE D. abdominal pregnancy report of 12 cases obst and Gyn 1967 30, 249-252.

FOUSSIER B. MARTINA GUERRERO A.J. et MOYSTAR H : un cas de grossesse intra splénique au 3è mois C.R. Soc franc Gyn mars 1964,34, n°3, 161-168 - (bibliographie)

FRANGENHEIM M : le traitement de la grossesse abdominale avancée. Deutsche med Wa chr ; 14 dec 1956, n°50, 2040, 2041, bibliographie

FRIEDMAN et Coll : activité des hormones placentaires après ablation du foetus dans un cas de grossesse abdominale avancée. J.obst Gyn Brit Commenwealth ; juin 1960, 76, n°6 554-558 ; bibliographie

FRIEDRICH M. primary ometal pregnancy 2 cas of primary peritonéal pregnancy obst Gyn 1968, 31, 104, 109.

GANDAR R. et GAGNIERE E. grossesse abdominale secondaire ayant perforé le recto sigmoïde Bull Fed Soc Gyn obst Janv mars 1956, 8 n°1 132-1333.

GARMIER R. et CHARVET F. grossesse abdominale à terme avec enfant vivant Bull Fed Soc obst 1955, 7, n°5 555-556.

GAUTIER P. PROYCE C. et LEJEUNE M. 2 observations de grossesse abdominale Bull Fed soc Gyn obst nov, dec 1966,18 ; n°5 474.

GEAI H : Sur un cas de grossesse abdominale ayant dépassé le terme avec délivrance d'un enfant vivant thèse Bordeaux 1957, n°203.

GIFFEN W.D.: un cas rare de grossesse abdominale secondaire J. Obst Cyn Brit amp aout 1955 n°4 560-562.

GILLET J.Y. VANDER VELLENT R. et KELLER B. grossesse abdominale secondaire au 5ème mois ; Bull Fed Soc Gyn obst nov dec 1966-18, n°5 509-510.

GILMAN R. SCHWARTS M. STEPHENSON M. et SETTLE J. retention de grossesse abdominale Am J ; obst Gyn oct 1954, 44 n°4 11 27-1190.

GIUDICE DE ZILLO A. T. grossesse abdominale conservée pendant cinquante ans semana med. 3 dec 1962, 69, n°3 724, 1984, 1986 ; (bibliographie)

GLICK L.J. ligature de l'aorte pour hemorragie intra péritonéale massive à la séparation prématurée du placenta dans la grossesse abdominale obst Gyn fev 1962, 19, 265, internat Surg, dig Juin 1962, 71, n°6, 372.

GUTGLASS M.F. et ATAMDEDE Y. : grossesse abdominale secondaire internat Surg dig fev 1964, 73, n°2, 62-63.

GYRSCHIK L. : une grossesse abdominale primaire à terme chez une primate Arch f Gyn 1961, 194, n°4, 307-321, 7 fig (bibliographie)

GRISILLON : découverte opératoire d'une grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant Bull Fed ; Soc Gyn obst 1958, 10, n°2, 205.

HABER .S. WILSON F.F. Pelvic angiography in the management of abdominal pregnancy radiology nov 1965, 83, n°5 904, 907, (bibliographie.)

HAMERSMA (E) et SCHOPMANN (W) : détermination of placental activity by hormone tests on the urine after retention on the placenta in the abdominal cavity in a case of abdominal pregnancy with the birth of a living child Ned. T. Verlosk 1967, 26-40.

HARRIS M.H. : grossesse abdominale avec survies foetales et maternelle. Surg mai 1954, 35, n°5, 793-794, (bibliographie)

HENDERSON D.N. et WILSON R. : grossesse abdominale Am J. obst Gyn 1er février 1964, 88, n°3 - 356-360 - (bibliographie)

HIBBARD L.L.T.: le traitement de la grossesse abdominale secondaire AM J. obst Gyn sept 1957, 74, n°3 543-550 (bibliographie)

HOLLENDER L.F. MASSON J. DEHALLEUX et GANDAR B. hémorragie péritonéale grave par grossesse abdominale en position colique droite Bull Fed Gyn obst nov dec 1965-17 n°5, 533.

HOLLENDER L MASSON J. DEHALLEUX et GANDAR B. grossesse abdominale primitive à propos d'un cas Strasbourg med av 1966, 17, n°4 279,287. (bibliographie)

HOLTKAMP W. et WERBER J. difficultés de diagnostic différentiel rencontrées dans une grossesse abdominale primitive ayant continué son évolution avec développement de l'oeuf dans la serouse péritonéale. Zbl Gyn 1953, 75, 180-185 - (bibliographie)

HOMMA M. "le diagnostic de la grossesse extra-utérine d'après les résultant d'un curretage" Wien, Klin, Wachr, 16 av 1964, 66, n°15 265-267.

HOULNE P. MAGRE J. et GRANHYS D :commentaire sur une série exceptionnelle de grossesse abdominale Bull Fed Gyn obst sept, oct 1966,18, n°4 417.

HOULNE P. : considérations à propos d'une grossesse abdominale ayabt évoluć jusqu'aux environs du terme chez une tuberculeuse génitale traitée rev franc Gyn obst fev, 1959, 54, n°2 83-90.

HRESHCHYSHYN M. NAPLES J.D. Jr et RANDALL C.L. l'amethopterine dans la grossesse abdominale Am J. Obst 15 sept 1965, 93 n°2 286-287.

HRESHCHYSHYN M BEN BOGEN et LOUGHRAN CH : "what is the present day management of the placenta in late abdominal pregnancy". Am J. Obst Gyn fev 1961, 81, n°2 : 302, 317 (bibliographie)

HRESHCHYSHYN M et HRESHCHYSHYN L.O. Experimentaly induced abdominal pregnancy in mince. Am J. Obst and Gyn 1964, 89, 829-830.

HUBINONT G. et HUBINONT P. Un cas de grossesse abdominale à terme complication secondaire d'une myomectomie - Bruxelles Mes 14 juin 1953, 33, n°24 1256-1269 - (bibliographie) Paris Gyn obst (supplt) 1953, 4 n°3 433-445- (bibliographie)

HUNTER R. HARTLEY A. TROPEA F. Jr et ULIN A. grossesse abdominale suivie de l'élimination du placenta à travers la vessie. Am J. Gin sept 1958 76 n°3 539-5416

HERVE V. Sur un nouveau cas de grossesse extra-utérine rompue au voisinnage du terme avec enfant vivant Med trop juin 1963-23 40

IFFY L. Grossesse abdominale précoce dans le cul de sac de Douglas sur un cas J. obst Gyn Brit Emp dec 1960-67 - n°6 997-999. (bibliographie)

ILLES J.FAUREL et LAINE P. un cas de grossesse abdominale rompue ; Bull fed Soc Gyn obst oct dec 1961, 13, n°5, 670-671.

JACKSON R. malignancy of the trophoblast following primary abdominal pregnancy Amen J. obst et Gyn 1960-79 1085 1087.

JARCHO J. La grossesse ectopique
1 - remarques de la grossesse abdominale ? Am J Sung mars 1949, 77,n°3, 273, 313, (22 fig)

2 - remarques sur la grossesse abdominale Am J Sung a v 1949, 77, n°4 423, 455, fig de 22 à 44 (bibliographie)

KALINOVSKAYA E.N. et BULANOV V.V. grossesse primaire abdominale chez une malade Guinek (Mouscou) mai 1963, n°5 147-148.

KARIKS J. grossesse gemellaire à terme : un foetus dans l'utérus l'autre dans la cavité abdominale Méd J. Australie, 11 juin 1960, 1, n°24 937.

KASIMIROVA N.W. grossesse abdominale de 24 semaines remontant à seize ans. Akoucherstro Guinex (Moscou) 1958, N°3 111.

KEHL R. La nidation normale et pathologique (analyse expérimentale) Gyn obst 1950 - supplt 2, n°2 bis 76-103.

KEHL R et CHAMBON Sur le conditionnement endocrinien de l'ovo-implantation Gynec obst 1948, 47, n°6 bis 983, 984.

KEHL R et DUBOIS F. Les troubles de la nidation. Gyn obst 1950 supplt 2 n°4 bis 167-172.

KELLER B et GILLET J.Y. l'intérêt de la calioscopie dans le diagnostic précoce de la grossesse abdominale. Bull Fed Soc Gyn obst janv mars 1968, 20 n°1, 88-90

KEMP J. grossesse abdominale primitive au début Med. J. Australia 25 janv 1964, 51, n°4 120-121 - (bibliographie)

KOEYA SLAVKOVA N. et BOZRLKOV L. un cas de grossesse abdominale avec nouveau né prématuré vivant Gyn prat 1967, 18, n°3 271-275-(bibliographie)

KOULEDIAKINE W.I. grossesse abdominale à terme Akoucherstvo Guinek (Moscou) 1957 : n°1 104-105.

KOVALEV A.T. grossesse abdominale à manifestation précoce. A Koucherstvo Guinek (Moscou) 1961 n°1 97.

KOZBAGAROV A.A. foetus calcifié après grossesse intra-abdominale survenue 25 ans plus tot Akoucherstvo Guinek (Moscou) 1961 n°3 105 106.

KOZLOVAW.I. grossesse abdominale d'un enfant viable Akoucherxtro Guinet (Moscou) 1957, n°1 105-106.

KRESSE H. grossesse abdominale gemellaire Zbl Gym 15 août 1959 81 N°33, 1322-1324-(bibliographie)

KULESHOVA E.I. grossesse abdominale secondaire avec accouchement par le rectum Akoucherstre y Guinek (Moscou) 1966, n°12, 49-50

KUSHNER D. et DOBRZINSKI F. grossesse abdominale avec placenta attaché à la rate Am J. obst Gym juillet 1946, n°1 160-161.

KWASCHENKO B.K. un cas de grossesse extra-utérine de jumeaux à terme. Akoucheratro : guinecologinie (russe) 1953, n°5 81.

LABRY R. NOTTER A. et DUROUX P.E. A propos du traitement chirurgical des grossesses abdominale à terme Lyon chir, nov 1957, 53 n°6 873-880 6fig.

LACOMME M. les grossesses extra-utérines qui évoluent au delà du 5è mois et 6è mois et jusqu'aux approches du terme, In : pratique obstretricale edit Morsson et Cie Paris 1960, t 11, p. 1017 1022.

LACROIX A.6 cas de grossesse abdominale Bull Fed Soc Gym obst 1968, 20 n°5 bis 436, 438.

LAMBLOT (P) grossesse abdominale avec présentation d'un cas. Bull Fed soc Gyn obst 1961, 13, 372-373.

LARTUEJOUL P.I. le diagnostic de la grassesse extra-utérine tubaire avec l'apparition de complications hemorragiques graves ; hôpital, mars 1956, 44 n° 655 bis, 255-256.

LATHROP (J.) et BOWLES (G). metothrexate in abdominal pregnancy Report of a case obst and Gyn 1968 - 32, 81, 85.

LEFF B. une revue de la grossesse ectopique portant sur une période de trente sept ans Am 5 obst Gyn juin 1953, 65 n°6 1313-1318-(bibliographie)

LEFF B et WINSON G. analyse de 212 cas consécutifs de grossesse ectopique. Am J. obst, Gyn fev 1947, 53, n°2, 296-299.(bibliographie)

LEHMAN et RIBEROL sur un cas de grossesse abdominale J. Med Bordeaux, av 1958, n°4, 402-403.

LE GUYADER (A.P.) KEKEH (J.K.) BAKASSA et GUIDASCH. 4 cas de grossesse abdominale dont 2 enfants vivants. Annales de l'université d'Abidjan, 1965, p. 269.

LESIMPLE J. et DONNADIEU J.M. a propos de deux grossesses abdominales Maroc med janv 1969, 49, n°520, 62-65.

LESTER W.M. BARTHOLOMEN B.A. COLVIN E.D. GRIMES W.H. et FISH J.S. deux grossesses abdominales successives chez une femme présentant un utérus bicorne à col unique. Am J. obst Gyn fev 1953, 65, n°2, 411, 412.

LURIA S. grossesse abdominale rompue avec transfusions massives répétées et guérison sans complication - Am j. obst Gyn mai 1949, 57, n°5 1008, 1010. (bibliographie)

LE LOIRIER G. anatomie pathologique et physiopathologique de la G.E.M. revue du praticien, 10, n° 32.

MAC GREGOR A.S.La grossesse abdominale Am J. Surg, sept 1951, 82, n°5 365-371.(bibliographie)

MACHON grossesse abdominale ayant dépassé le terme avec retention du foetus mort syn obst 1948-47, n°3 400.

MAC KAY E.V. grossesse avancée Med S Australie, 31 octobre 1959, 2 n°18 642, 647, (bibliographie)

MAGENDIE J. PONSAINX ET BOISSINOT A. sur un cas de grossesse abdominale Bull Fed soc Gyn obst janv. mars 1959, 11 N°1, 32.

MAGNIN P.VILLIERSH, FELNAND et THEOLEYRE J. grossesse abdominale intervention placenta laissé in situ persistance d'une importante sécrétion Gyn obst janv mars 1967, 66 n°1 117, 120 (bibliographie)

MALCHAIR G. un cas de grossesse abdominale Bull Fed soc obst sept oct 1965, 17, N°4 350.

MALKASSIAN G.D. Jr HUNTER J.S. et RENINE W.N la grossesse ectopique analyse de 822 cas de 1935 à 1954, I.A.M.A. 25 octobre 1958, 168, n°8 985, 990, 10 tabl bibliographie.

MARTIN R.D. et MATTHEWS G.B. phlebographie utérine dans 2 cas de grossesse abdominale. Am.J. obst 15 juin 1963, 86, n°4 530,534, 6 fig bibliographie.

MARTINEZ A.R. et SAMPAIO N.A.P. grossesse abdominale à terme avev foetus vivant Rer, Gin obst août 1959, 105, n°2 221-232, (bibliographie) (résumé français)

MARTINI A.P. grossesse abdominale (peritonéale) primaire à ses débuts. Am J. obst Gyn mai 1957, 73, n°5 1139-1240.

MASTERSON J.G. et BAUM : perforation spontanée de l'intestin parune grossesse abdominale Am J. obst Gyn nov 1956-72 n°5 1143-1145- (bibliographie)

MATHIEU J. et SOULERIN A. le pronostic obstretical après grossesse extra utérine Rev franc Gyn mai-juin 1957, n°5, 6 167-176.

MENDEL E.B. et MAC RAI. la grossesse abdominale relation de 4 cas à terme J. internat Coll Surg octobre 1955, 24, n°4 457-465, (bibliographie) résumé franc

MERGER (R) LEVY J et MELCHIOR (J) grossesse extra utérine à terme In : d'obstetrique (ed 3) édition Masson et Cie Paris p.285.

MERZ G, MARTING, RZAFINDRANOVONA et MARQUE B. 2 nouveaux cas de grossesse abdominale à terme avec enfants vivants 89, n°30, 31, 826, 829.

MEYNARD N. Fistule colique consécutive à une grossesse extra-utérine abdominale à terme Bull Fed soc Gyn obst sept octobre 1962, 14, n°4, 469, 470.

MILLAR W.G. grossesse abdominale primaire J. obst Brit comm 2 août 1961 68, n°4 634,636, (bibliographie)

MILLEN R.S. le sort du placenta laissé après extraction du foetus dans la grossesse abdominale Am J. obst Gyn juin 1956, 71, n°6 1348-1350 (bibliographie)

MOORE H. grossesse abdominale secondaire avec survie du foetus et de la mère Med. J. Australia 20 mars 1948, 1, n°13, 405-407, bibliographie)

MUSABAEVA M.A. et A LPIEVA R.N. grossesse abdominale durant treize ans associée à un fobromyome multiple de l'utérus - Akoucherstro Guinek (Moscou) mars 1965, n°3, 141, 142.

MURADINOV E.M. grossesse abdominale de 6 à 7 mois datant de 42 ans Akoucherstro Guinek (Moscou) 1962, n°1, 104.

MYLES T.J.M. grossesse primaire C.R. d'un cas J. obst Gyn Brit emp juin 1954, 41, n°3 387-389 bibliographie

MINORS J.M. grossesse abdominale secondaire. J. obst Gy, Brit Emp fev 1956, 63 n°1 107-109 bibliographie.

NAHOUN J.C. grossesse abdominale à terme avec foetus vivant bien constitué. C.R. d'un cas et revue de la littérature brésillienne Rev GIN obst dec 1959 53, n°6 671-688, 8 fig (bibliographie) résumé français.

NEME B. grossesse ectopique données cliniques se rapportant à 2 3338 cas. An Brésil Gin 1953, 35, n°4 185-204 (impt bibliographie) (résumé français)

NETHERY R.A. grossesse abdominale avec survie de la mère et enfant normal. Am J. obst Gyn fev 1955, 69, n°2 435-436 - (bibliographie)

NGUYEN GUU TRIEU et KEITA A. un cas de grossesse abdominale au voisinnage du terme avec enfant vivant. Bull Soc méd afri noire 1964, 9 n°3 348-353. (bibliographie)

NIKITINA A.A. grossesse abdominale de 37, 38 semaines avec naissance d'un enfant vivant. Akoucherstro Guinek 1961, n°5 120-121.

NOSNY (P) O'CONOR (M) et CLEMENT (G) nouveau cas de grossesse extra utérine avancée avec enfant vivant ; med trope 1961, 4 440-443

OBER K.G. grossesse péritonéale primaire jeune 1959, 19 n°4 335-33 - biographie.

PAELLIEZ R. DELECOUR M.J. SA VARY VITSE M. et J.C. MONNIER grossesse abdominale intraligamentaire ayant évolué jusqu'au 7è mois. Bull Rd Soc gyn obst octobre décembre 1961 13 n° 5585-787.

PALLIEZ E. HOCKER F. COTTEL et M DELECOUR rupture utérine et grossesse abdominale près du terme. Bull Seoc Fed Gyn obst 1951, 3 n° 101-102.

PANTOUS P.M. grossesse abdominale (lithopedion) à terme datant de 11 ans Akoucherstro Guinek (Moscou) 1956- n°6 74.

PEPIN A.V. grossesse abdominale de 28 semaines avec implantation placentaire. Sur les vaisseaux aplériques. Ak ouc erstro Guinek (Moscou) 1962, n°2 106-108.

PIGEAUD M. et CHARVET F. grossesse abdominale diagnostic au 6è mois présentation de radiographie. Bukk Fed Soc Gyn obst août septembre 1956, 8 n°4 506.

POSTEL I. grossesse ectopique prensa med argent 16 juillet 1954, 41, n°29 2085-2087

RAJAONERA R un cas de grossesse abdominale près du terme (présentation N°367 1960, avec radios et photos maternité de A.M. Tananarive) Bull Fed Soc obst nov dec 1962, 14 n°5 761-763.

RATTE et RIBON M. une curieuse observation de grossesse abdominale. Bull Fed Soc Gyn o st 1954, 6 n°3 319, 320.

RAZAFINDRANOVONA R. 3 cas de grossesse abdominale Mem Acad chir 1965, 91, n°1,2,3, 68-71 (bibliographie)

BAZADINDRANOVONA et RANDRIAMAMEFA (Th.)à propos d'une grossesse abdominale Ann de l'univ de MADAGASCAR, 1965, 5 185, 202.

RECHETOVA M.D. une curieuse observation de grossesse abdominale Bull Fed Soc Gyn 1954 6 N°3 319-320.

RENAU R et Coll les grossesses abdominales après le sixième mois. Revue de la littérature à propos de 8 cas Gyn obst juin juill 1969 8 n°3 297-316.(bibliographie)

RIGOLLET P. PLESSIS J. et VILLAIN B. une observation de grossesse abdominale avancé Bull red Soc obst sept oct 1965, 17, n°4 350

RIVIERE M. CHASTRUSSE L. et DUBECQ J.P. 3 cas de grossesse abdominale rev franc Gyn obst nov 1964, 59, n°4 683-691.

RIVIERE M. CHA STRUSSEL DUBECQ J.P. et L EBATS G. à propos d'un cas de grossesse abdominale Bull fed sec Gyn obst 1959, 11 n°3 276-277.

ROCHET Y un nouveau cas de grossesse abdominale à terme Lyon chir juill 1967, 63 n°4 609-611.

RODDIE T.W. grossesse abdominale non interrompue compliquant le diagnostic dans un cas de rupture de grossesse tubaire. J. obst Gyn Brit Emp dec 1957, 64 n°6 913-914.

ROUX G. et COLL grossesse abdominale à propos de deux cas chir de Montpellier séance avril 1959.

SAINTANNA J.grossesse abdominale rev Gyn et obst mars 1952 46 n°3 235-251 bibliographie.

SCADRON E.N. grossesse peritonéale primaire An J. obst Gyn mars 1957 73, N°3 686-689 bibliographie.

SELMAN A.N. grossesse ectopique abdominale avec foetus vivant ayant survécu Am J. Surg Juin 1957, 93 n°6 1034-1037.

SERAFINO B. DISP et A. DIOU F. deux cas de grossesse tubaire vraie ayant évolué jusqu'au terme. Mel chir n°30-31 séances des 20-25 et 27 novembre 1963.

SERMENT M. et DETURMENY a propos des erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine; rev franç Gyn obst janv fev 1953, 48, n°1,2 12-28.

SHARNA R.N. primary ectopie pregnancy on omentum Indian 7 surg 1966 28 ; 112-115.

SHAW W.G. et NICHOLLS E.E. grossesse abdominale incarcérée dans une hernie ombilicale 1 cas Am J obst Gyn 1er juillet 1962, 84, n°1, 72, 75 bibliographie.

SHAW et NICHOLS (E) abdominal pregnancy into an ombilical hernia Amer obst and Gyn 1962 84.72.75

SIEGLER A ZEI SHNER (S) RUBINSTEIN (I) WALLACE (E) et CARTER.
endocrines studies in two instances on term abdominal pregnancy Amer obst and Gyn 1959, 78 369 374.

SIMONOVA N.P. grossesse abdominale de 6 mois récidivante après cinq ans Akoucherstro Guinek 1961, n°5 120

SITTNER (A) Bauchsch Vangevschaf beim kaninchen av ch Gynek 1903, 69, 688-700

SOUTOUL J. ET GRUET L. sur une forme pseudo ascitique d'inondation intra peritonéale d'origine gravidique. A propos de 2 observations. Bull Med A.O.F. 1956, 1 n°1, 112-113

STREPTOR P. un cas de grossesse abdominale J. obst Gyn Emp dec 1950 57 949, 952, bibliographie)

STOUPKO A.I. un cas de grossesse primaire abdominale Akoucherstro Guinek (Moscou) 1960, n°1 115

STUDIFORD (W.E. primary peritonéal pregnancy Amer obst and Gyn 1942, 44 487, 490

TAN KL et WEE J.H. les aspects pediatriques de la grossesse abdominale avancée J. obst Gyn Brit commw nov 1969, 76 n°11, 1021-1028 6 fig bibliographie the pediatric aspects of advanced abdominal pregnancy.

TCHOUDNOWSKY BA grossesse abdomino tubaire d'un foetus vivant à terme Akoucherstro Guinek Moscou 1960, 115-116.

TELINDE (R)abdominal pregnancy in operative gynecology ed Lippincott Philadelphie Montréal 1962 p. 658, 662.

TENEBLATT (W) placenta management in abdominal pregnancy ol litterature and report of a case med am 1959 ; 23 255 - 259.

TEHROND (J.P.)à propos de 4 cas de grossesses abdominales thèse Paris 1961- 66 p

THAUD J. MIGNON ET JAROUSSE grossesse abdominale rompue au 6è mois exérèse du placenta guérison Bull fed soc Gyn obst sept oct 1963 15, 521-522.

THOMSON L.R. grossesse abdominale à terme avec ablation tardive du placenta am Surg fec 1966 111, n°2 272-273.

THOMSON L.R. grossesses abdominales à terme am J. Surg 1959, 98, N°4 625-627.

TODES (J.V.) advanced abdominal pregnancy diagnostic Brit Radiol 1958, 31, 28-31

TOW S.H. cas de grossesse peritonéale primitive Brit Med J. 12 août 1961 n° 5249-432.

VELLASCO RO et SANTOS O. grossesse abdominale d'une durée de deux cent cinquante deux semaines. An Brasil Gin Av 1965, 59 n°147-155 bibliographie résumé franc.

VERMELIN H. LOUVOT J. RIBON M. et BRAYE M. un cas de grossesse abdominale Bull fed soc Gyn obst aout oct 1959, 11, n° 4 396.

VESSEL M. grossesse secondaire dans la paroi abdominale Am J. obst fev 1953, 65 n°2 409-410.

WAHL P. et JAHIER J. deux observations de grossesse abdominale Bull fed Soc Gyn obst sept oct 1962, 14 n°4 518, 521.

WARE (H) observations on thirteen ca ses of late extrautérine pregnacy Amer obst A. Gyn 1941, 42, 33, 39.

WATERS H.S. grossesse abdominale secondaire à terme délivrance d'enfant vivant J. obst Gyn Brit Emp juin 1946, n°3 285-288 (bibliographie)

WEINBERG M.S.' SALZ M. et FUNARO S. un cas de grossesse intra abdominale avec épreuves en série pour juger de la disparition de l'activité placentaire Am J. obst Gyn sept 1958, 76 n°3 542-543.

WEINBERG P.C. et PAUERSTEIN C.J. methotrexate et placenta abdominal obst and gyn juin 1969, 33 n°6 837, 841.Bibliographie methotrexate and the abdominal placenta

WILKIN P. à propos d'un cas de grossesse abdominale Bruxelles med J. sept 1956 36 N°37 1765-1789 bibliographie.

WILLIAMS PH C. grossesse abdominale avec écoulement de liquide amniotique par le vagin Am J. obst fev 1961, 81, n°2, 318-319.

WINCH (G C) et BRYA NS F.E. hypofobrinogenemie consécutive à une retention placentaire dans le cas de grossesse abdominale à terme. J. obst Gyn Brit emp août ' 1960, 67, n°4 645-649.

WINCH (GC) et BRYANS (F.E.) hypofibrinogensemia following re ained placenta in a case of abdominal prognancy at terme J. obstet Gynaec Brit Emp 1960 646-648.

WOODBURY (J) et JARRET (R) abdominal lithopedion retained for 13 years Amer J. obstet and Gynec 1960, 80 590-594.

YANG K et CHIY. L. l'hystéro salpingographie dans le diagnostic de la grossesse abdominale Med J. av 1964, n°218, 226, 18 fig bibliographie.

ZAK K. grossesse abdominale prolongée diagnostiquée par hystérographie zbl Gyn 18 janv 1969, 91 n°3 110-111.

ZUSPAN (F) QUILLIGAN (E) et ROSENBLUM (J) abdominal pregnancy Amer J. obstet and Gynec 1957, 74, 259, 264.

ZUSPAN F.P. QUILLIGAN E.J. et ROSENBLUM J.M. la grossesse abdominale Am J. obst Gyn août 1957, 74, n°2 259-263 (bibliographie)